

Tartu Ülikool  
Arstiteaduskond  
Õendusteaduse osakond

**Jane Talvik**

**AKTIIVRAVIL VIIBINUD TÄISKASVANUD PATSIENTIDE  
ARUSAAMAD ÕDEDE HOOLIVAST SUHTUMISEST JA  
SELLE MÕJUST PATSIENDI TERVISELE**

Magistritöö

Tartu 2014

**Juhendaja: Kaja Solom, RN, MSc**

-----  
/allkiri/ /kuupäev/

Otsus magistritöö kaitsmisele lubamise kohta: -----  
-----

**Kaasjuhendaja: Ere Uibu, RN, MSc**

-----  
/allkiri/ /kuupäev/

Otsus magistritöö kaitsmisele lubamise kohta: -----  
-----

/TÜ arstiteaduskonna õendusteaduse osakonna otsus, koosoleku kuupäev/

## **Lihtlitsents lõputöö reprodutseerimiseks ja lõputöö üldsusele kättesaadavaks tegemiseks**

Mina, JANE TALVIK, sündinud 19.12.1971 aastal

1. annan Tartu Ülikoolile tasuta loa (lihtlitsentsi) enda loodud teose

### **AKTIIVRAVIL VIIBINUD TÄISKASVANUD PATSIENTIDE ARUSAAMAD ÕDEDE HOOLIVAST SUHTUMISEST JA SELLE MÕJUST PATSIENDI TERVISELE**

mille põhijuhendaja on Kaja Solom RN, MSc ja kaasjuhendaja Ere Uibu RN, MSc

- 1.1. reprodutseerimiseks säilitamise ja üldsusele kättesaadavaks tegemise eesmärgil, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace-is lisamise eesmärgil kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni;
- 1.2. üldsusele kättesaadavaks tegemiseks Tartu Ülikooli veebikeskkonna kaudu, sealhulgas digitaalarhiivi DSpace'i kaudu kuni autoriõiguse kehtivuse tähtaja lõppemiseni.
2. olen teadlik, et punktis 1 nimetatud õigused jäävad alles ka autorile.
3. kinnitan, et lihtlitsentsi andmisega ei rikuta teiste isikute intellektuaalomandi ega isikuandmete kaitse seadusest tulenevaid õigusi.

Tartus, 05.05.2014

## KOKKUVÕTE

**Aktiivravil viibinud täiskasvanud patsientide arusaamad õdede hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele.**

Hooliv suhtumine on tänapäeva tervishoius üheks väga sagedaseks ja aktuaalseks teemaks üle kogu maailma. Hoolivus on õenduse põhialus ja seetõttu väga oluline teema õenduses. Erinevates riikides on läbiviidud nii teoreetilisi kui empiirilisi uurimistöid, kus on uuritud õdede ja patsientide arusaamu hoolivuse olemusest ning õe hoolivast suhtumisest. Uurimistööde tulemustest järeldus, et patsientidel on omad kogemuslikud arusaamad õe hoolivast suhtumisest, mis varieeruvad erinevates kultuurides õdede endi arusaamadega. Samas ei ole teada, millised kogemuslikud arusaamad ja ootused on kõige olulisemad Eesti patsientidel. Kuidas nad mõistavad õe hoolivat suhtumist ning kuidas see nende arvates nende tervist mõjutab. Käesoleva uurimistöö eesmärgiks oli kirjeldada aktiivravil viibinud täiskasvanud patsientide arusaamu õdede hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele.

Uurimistöö on kvalitatiivne, empiiriline ja kirjeldav. Uuritavateks olid eesmärgipäraselt valitud täiskasvanud patsiendid (n=14), kes olid viibinud ajavahemikus 01.-31.03.2014 13-s Eesti regionaal-, kesk- ja üldhaigla aktiivravi osakonnas. Uurimistöö andmestik koguti ajavahemikul mai-september 2013. Andmete kogumisel kasutati poolstruktureeritud intervjuud. Andmebaas moodustus läbiviidud intervjuude ümberkirjutatud tekstidest. Andmete analüüsimisel kasutati deduktiivse sisuanalüüsi meetodit, mille tulemusena saadi kolm ülakategooriat, mis lähtusid 10 alakategooriast, mis omakorda jagunesid 36 substantiivseks koodiks.

Kirjanduse analüüsi tulemusel ning uurimistöö ülesannetest lähtuvalt moodustusid kolm ülakategooriat, mis kirjeldasid patsientide arusaamu õdede hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele: 1) *õdede hooliva suhtumise olemus*, mis hõlmas õe empaatia väljendamist, õe olemise viisi, õe hoolivat tööstiili ja lähedase inimese kohaloleku vajadust, 2) *õdede hooliva suhtumise tunnused*, milleks on õepoolt patsiendi jaoks teostatud tegevused, õe teadmised patsiendi olukorrast ja sellega seotud turvatundest ning patsiendi toetamine ja eneseusu säilitamine tervenemisse, 3) *õdede hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele*, mis hõlmavad vaimset heaolu, füüsilist heaolu ning tervenemist. Peakategooriaks nimetati – patsientide arusaamad õdede hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele.

Uurimistöö tulemustele tuginedes võib järeldada, et patsientide arvates peitus õdede hooliva suhtumise olemus õe empaatiavõimes. Õe hooliva suhtumise tunnused seisnesid millegi tegemises patsiendi jaoks, õe teadmistes patsiendi olukorrast ja sellest tulenevast turvatundest ning patsiendi igakülgsest toetamisest. Uurimistöö tulemustest selgus, et õdede hooliv suhtumine mõjutab patsientide vaimset ja füüsilist heaolu positiivses suunas ning aitab seeläbi kaasa patsientide tervenemisele. Saadud informatsioon ja õe tegevuste rakendamine praktikasse võimaldab tõsta õendusabi kvaliteeti ning seeläbi tagada haiglas ravil viibivale patsiendile parema tervise taastumise ja heaolu.

Märksõnad: *hoolivus, õe hooliv suhtumine, patsientide arusaamad, hoolivuse mõju tervisele, poolstruktureeritud intervjuu, sisuanalüüs*

## ***SUMMARY***

### **Understandings of adult patients treated with active treatment about nurses' caring attitude and its effect on the patient health**

A caring attitude is a common and actual subject in today's healthcare all over the world. Caring is essential in nursing care and therefore it is a very important subject in nursing care. Both theoretical and empirical research has been conducted in various countries, studying the nurses and patients' understandings about the essence of caring and a caring attitude of the nurse. The outcomes of the research concluded that the patients have their own experiential understandings about the caring attitude of the nurse, which vary with the understandings of the nurses themselves in various cultures. At the same time it is not known, which experiential understandings and expectations prevail in the Estonian patients. How they understand a caring attitude of the nurse and how it affects their health in their opinion. The objective of this research paper was to describe the understandings of adult patients treated with active treatment about the nurses' caring attitude and its effect on the patient health.

The research paper is qualitative, empirical and descriptive. The subjects were purposefully selected adult patients (n=14), who had stayed in active treatment departments of 13 regional, central and general hospitals in Estonia between 1 and 31 March 2014. The data set of the research was collected between May and September 2013. Semistructured interviews were used in collecting the data. The database was formed of the rewritten texts of the interviews conducted. Deductive content analysis method was used in analysing the data, as a result of which three superior categories were produced, which originated from 10 subcategories, which in turn divided into 36 substantive codes.

As a result of analysing literature and based on the objectives of the research paper, three superior categories were formed, describing the understandings of patients about the nurses' caring attitude and its effect on the patient health: 1) *the essence of the caring attitude of nurses*, which included the expression of empathy of the nurse, the manner of being of the nurse, the caring working style of the nurse and the need for a familiar person to be present: 2) *the characteristics of a caring attitude of nurses*, which are the activities performed by a nurse for the patient, the knowledge of a nurse about the situation of the patient and the related feeling of safety and supporting the patient and retaining the self-belief in healing,

3) *the effect of the caring attitude of nurses on the patient health*, which include the mental well-being, physical well-being and healing. The main category was defined as the patients' understanding about the caring attitude of nurses and its effect on the patient health.

The results of the research paper enable to conclude that in the opinion of patients the essence of the nurses' caring attitude lied in the empathy of the nurse. The characteristics of a nurse's caring attitude were doing something for the patient, the knowledge of the nurse about the situation of the patient and the resulting feeling of safety and all-around supporting of the patient. The results of the research paper show that the nurses' caring attitude has a positive effect on the mental and physical well-being of the patients and thus contributes to the healing of patients. The information received and the putting into practice of the nurse's activities enable to improve the quality of nursing care and hence assure a better recovery of health and well-being for the patient treated in a hospital.

**Keywords:** *caring, caring attitude of a nurse, understandings of patients, effect of caring on health, semistructured interview, content analysis*

## SISUKORD

### KOKKUVÕTE

#### SUMMARY

1. SISSEJUHATUS	8
2. HOOLIVUSE KÄSITLUS VARASEMATES UURIMISTÖÖDES	10
2.1. Hoolivuse olemus ja hooliv suhtumine õenduses	10
2.2. Õe hoolivat suhtumist iseloomustavad tunnused	15
2.3. Õe hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele	16
3. METOODIKA	19
3.1. Metodoloogilised lähtekohad	19
3.2. Uuritavad	21
3.3. Andmete kogumine	24
3.4. Andmete analüüsimine	26
3.5. Uurimistöö usaldusväärsus	28
4. TULEMUSED	29
4.1. Õdede hooliva suhtumise olemus	29
4.1.1. Õe empaatia väljendamine	29
4.1.2. Õe olemise viis	30
4.1.3. Õe hooliv tööstiil	31
4.1.4. Lähedase inimese kohaloleku vajadus	32
4.2. Õdede hooliva suhtumise tunnused	33
4.2.1. Õepoolt patsiendi jaoks teostatud tegevused	34
4.2.2. Õe teadmised patsiendi olukorrast ja sellega seotud turvatunne	36
4.2.3. Patsiendi toetamine ja eneseusu säilitamine tervenemisse	37
4.3. Õdede hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele	39
4.3.1. Vaimne heaolu	39
4.3.2. Füüsiline heaolu	41
4.3.3. Tervenemine	42
5. ARUTELU	43
6. JÄRELDUSED	51
KASUTATUD KIRJANDUS	52



LISAD:

**Lisa 1.** Poolstruktureeritud intervjuu teemad

**Lisa 2.** TÜ Inimuurigute eetika komitee nõusolek uurimistööks

**Lisa 3.** Üleskutse uuritavatele

**Lisa 4.** Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

## 1. SISSEJUHATUS

Viimastel aastatel on tervishoius väärtustatud õendusalaste teadmiste arendamist. Hoolivuse fenomeni peetakse üle maailma õenduse keskseks ja väga oluliseks mõisteks, millest on lähtunud enamus hoolivuse teooriad ja mudelid (Chinn ja Kramer 1995, Meleis 1997, Fawcett 2005). Hoolivus ei ole vaid kaasaaegne tähelepanek ega moodne sõna, vaid ulatub tagasi juba sajanditetagusesse Flornece Nightingale aega. Hoolivusel (*caring*) on läbi aegade olnud inimsuhetes väga suur roll. See fenomen mõjutab seda, kuidas inimesed mõtlevad, tunnevad, suhtuvad ja käituvad teineteise suhtes. Hooliv suhtumine on oluline teema õenduses, mis on kogumas õendusalases kirjanduses üle maailma järjest enam kasvavat tähelepanu (Kyle 1995, Lea ja Watson 1996, McCance jt 1997), kuna Maailma Tervishoiuorganisatsiooni (*World Health Organisation – WHO*) üks eesmärgi on tervishoiuasutustes kvaliteedi parandamine. Antud teema on Eesti õenduses väga aktuaalne, kuna Eesti õendusala arengukavas on õendusabi üks põhimõtte patsiendikesksus, mis on väga tugevalt seotud hooliva suhtumisega. Viimane iseloomustab patsiendi individuaalsete vajaduste ja õiguste arvestamisega õendusabi osutamisel. (Õendusala arengukava 2002-2015). Patsiendi unikaalsuse ja inimväärikuse austamiseks peavad õed oma töös lähtuma just patsientide endi ootustest ja arusaamadest. Hooliv suhtumine on ühtlasi ka õenduse kvaliteedi indikaator. Vaatamata hooliva suhtumise arendamisele, arvestatakse patsientide arvates liiga vähe nende endi arvamustega ning mitte alati ei ole patsiendid tundnud õepoolset hoolivat suhtumist (Liu jt 2005, Brilowski ja Wendler 2005, Bosman jt 2007, Halldorsdottir ja Hamrin 2008).

Maailmas on teostatud mitmeid uurimistöid, mis kajastavad hoolivuse olemust või hoolivat suhtumist aktiivravil viibinud patsientide vaatepunktist lähtuvalt. Uurimistulemustest selgus, et patsientidel on omad kogemuslikud ootused ja arusaamad õepoolse hoolivuse olemusest. Oma arusaamu õe hoolivast suhtumisest on patsiendid kirjeldanud läbi hoolivuse olemuse, läbi tunnuste, mis viitavad õe hoolivale suhtumisele, läbi omaenese kogemuste ning läbi õe hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele. Hooliv suhtumine kui patsientide ootuste, arusaamade ja vaatekohtadega arvestamine tõstab patsientide rahulolu ravi ja hooldusega, mõjub positiivselt haigusest paranemisele ning vähendab patsientide ja nende lähedaste stressi. (Larson 1984, Brown 1986, Riemen 1986, Liu jt 2005, Halldorsdottir ja Hamrin 2008.)

Käesoleva uurimistöö teaduslik probleem seisneb tänases Eesti tervishoius ja õenduse arengus olulise nähtuse teaduspõhise teabe puudumisel. Eesti õenduses ei ole hooliva suhtumise teemat varem uuritud. Muul maailmas läbi viidud uurimistöö tulemused näitavad, et aktiivravil viibinud patsientidel on omad kogemuslikud ootused ja arusaamad õepoolse hoolivuse olemusest. Samas ei ole teada, millised kogemuslikud arusaamad ja ootused on aktiivravil viibinud Eesti patsientidel. Patsientide endi kogemused ja arusaamad annaksid meile vajalikku informatsiooni selle kohta, kuidas nad mõistavad õe hoolivat suhtumist ning kuidas see nende arvates nende endi tervist mõjutab. Uurimistöö tulemusena saadud informatsioon ja õe tegevuste rakendamine praktikasse võimaldab tõsta Eesti õendusabi kvaliteeti ning seeläbi tagada haiglas ravil viibivale patsiendile parema tervise taastumise ja heaolu.

**Uurimistöö eesmärk** on kirjeldada aktiivravil viibinud täiskasvanud patsientide arusaamu õdede hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele.

**Uurimistöö ülesanded:**

1. Kirjeldada patsientide arusaamu õdede hooliva suhtumise olemusest.
2. Kirjeldada patsientide arusaamu tunnustest, mis viitavad õdede hoolivale suhtumisele.
3. Kirjeldada patsientide arusaamu õe hooliva suhtumise mõjust patsiendi tervisele.

## **2. HOOLIVUSE KÄSITLUS VARASEMATES UURIMISTÖÖDES**

### **2.1. Hoolivuse olemus ja hooliv suhtumine õenduses**

Läbi ajaloo on maailma kõikides kultuurides alati hoolitud inimesest ning hoolivusel on olnud kande roll inimese arengus ning inimsuhetes. Hoolivust on kirjeldatud kui inimese olulist vajadust täielikuks arenguks, samuti kui inimese olemise viisi maailmas eksisteerimiseks ning ellujäämiseks kõikides maailma kultuurides. (Leininger 1988, Benner ja Wrubel 1989.) Inimene on alati olnud hoolivuse kesksel kohal ja hooliv suhtumine hõlmab neid omadusi, mis esindavad meie inimlikkust – inimese austamist, inimese märkamist, inimese individuaalseid õiguseid, inimese väärtusi, inimese uskumusi, inimeste vastastikust austust ja mõistmist, muret kellegi pärast, lugupidamist ja sooje tundeid. Sellest tulenevalt on mitmed autorid kirjeldanud hoolivat suhtumist kui eetilist väärtust (Carper 1979, Fry 1988, Kelly 1988, Kurtz ja Wang 1991), viidates sellele, et hoolival suhtumisel on moraalne komponent seoses teisest inimesest hoolimisega. Gaut (1986) väidab, et kui hoolivus on tahtlik moraalne tegevus, siis austus patsiendi vastu teenib kõiki hoolivuse põhimõtteid. Ray (1987), Watson (1988), McCance jt (2008), mainides moraalset komponenti, viitavad veel õiguslikele ja humanistlikele põhimõtetele. Seega hooliva õe omaduseks on kindlasti eetiline tundlikkus, mis seisneb õe võimes märgata abivajajat, olla avatud ning sobival viisil lahendada patsientide muresid (Weaver jt 2008). Gaut (1986) väidab, et austus inimeste vastu teenib kõiki eelpool mainitud aluseks olevaid põhimõtteid hooliva suhtumise edasiandmiseks inimeselt inimesele ja mitte ainult füüslises, vaid ka emotsionaalses, vaimses ja hingelises mõttes. See tähendab, et hooliva suhtumise põhimõtted mõjutavad inimeste mõtteid, tundeid, suhtumist ning käitumist teineteise suhtes (Swanson 1991, Brilowski ja Wendler 2005, Halldorsdottir ja Hamrin 2008). Samuti järelendasid Brilowski ja Wendler (2005) hoolivuse mõisteanalüüsi põhjal, et õe hoolivus hõlmab teiste pärast muretsemist. Berterö (1999) raporteeris oma uurimustulemustes, et hoolival suhtumisel ongi kaks kuju: hoolida endast ja hoolida teistest. Koos selle vastutusega kaasneb õe - patsiendi kontakt ja mõlema osapooltega kaasneva jõu väärtustamine. Vastutus ei ole keskendunud probleemi täpsustamisele ja lahendamisele, vaid pigem sellele vastamise viisile, mis teadvustab, toetab inimese tervise ja paranemise olulisust. See on aga teise inimese elukogemuse ja tähendusega arvestamine, mis loob võimaluse hoolivaks suhtumiseks inimestevahelises protsessis (Baker ja Diekelmann 1994). Benner ja Wrubel (1989) pakkusid sarnaselt Noddingsi (1984), Swansoni (1991), Watsoni (1985), Brilowski ja Wendleriga (2005) välja, et hoolivus on keskne inimestevaheline protsess, mis lähtub õe-patsiendi suhtest.

Õe-patsiendi suhte protsessis tulevad esile õe hooliva suhtumise olulised aspektid, millele peab õde tähelepanu pöörama. Suhe saab algatatud, kui üks inimene, kelleks on õde, märkab teise inimese vajadust ja on motiveeritud tegutsema. Suhe muutub aga õendusalaseks juhul, kui teine inimene vajab abi haigestumise või enese eest hoolitsemisega. Sellist õe-patsiendi suhet on võrreldud ka sõprusega, kuna mõlemapoolsed suhted tekivad meeldivuse alusel ja murest teise inimese pärast. Suhte tähtsust on rõhutatud, nimetades õde patsiendi kaaslaseks haigestumise teekonnal. Halldorsdottir ja Hamrin (2008) järeldas, et õe-patsiendi suhte olemasolu või selle puudumine on patsientide meelest hooliva ja mittehooliva suhtumise põhiline erinevus.

Sageli kirjeldatakse kirjanduses, et õe olemise viis ongi hoolivuse olemus (Fagerström jt 1999, Brilowski ja Wendler 2005). Fealy (1995), Halldorsdottir ja Hamrin (2008) ja Kearns (1999) järeldasid, et hooliva suhtumise näitamiseks patsienti peaks õde ise suhtuma ellu ja inimestesse positiivselt. Samuti on väga oluline patsiendiga suhtlemisel avatus ja teiste märkamine (Wiman ja Wikblad 2004). Liskas eelpool kirjeldatule väidavad Brilowski ja Wendler (2005), et tegelikult esindab hooliv suhtumine teatavat kalduvust või suhtumist just kellegi teise suhtes. Tihti hõlmab see aga positiivset suhtumist inimestesse ja nende eludesse. Õel aitavad hoolivat suhtumist väljendada just positiivsed iseloomuomadused ja positiivne ellusuhtumine. McCance jt (2008) järeldasid, et inimesi tuleks alati kohelda kui eesmärki iseeneses, mitte vahendina kellegi eesmärgi saavutamiseks. Seetõttu on õe positiivne suhtumine inimestesse väga tugevalt seotud abivajaja eesmärgi saavutamisega. Watson (1985) täheldas, et kui hooliv suhtumine on õe-patsiendi vaheline jätkuv protsess siis õed, kes hoolivad, peavad olema tugevad ja julged. Lisaks veel võimelised sisemiseks armastuseks, rahuks ja rõõmuks nii hoolivas suhtumises iseendasse kui teistesse.

Samuti kirjeldatakse kirjanduses, et õe tööstiil on oluline hoolivuse olemuse väljendamisel (Brilowski ja Wendler 2005). Pryds-Jensen jt (1993), Dyson (1996), Patternoster (1988) ning Halldorsdottir ja Hamrin (2008) järeldasid, et hooliva õe tööstiil ja hooliva suhtumise väljendamine on hoolivuse hindamisel oluline indikaator. Tegevusi aga võib sooritada erinevalt, lähtudes patsiendi individuaalsetest vajadustest ja õe viisist seda teha. Õepoolsed tegevused ei sisalda mitte ainult raviprotseduure, vaid ka palju muud enamat. Samale järeldusele jõudis ka Henry (1975), et õepoolt „ekstra asjade“ tegemist oli kirjeldatud uuritavate poolt kõige enam, mil nad tajusid õe hoolivat suhtumist. Hooliva suhtumisega õde näitab üles patsiendi suhtes empaatiat. Empaatiavõimet peetakse üheks väga oluliseks hooliva suhtumise väljendajaks.

Lisaks empaatialle väljendab hooliv suhtumine õe loovust, huumorit, praktilisi oskuseid, enesekindlust, teiste mõistmist. Samuti armastust, ausust ja lahkust inimeste vastu. Hoolivad õed lähenevad patsiendile positiivse suhtumisega ja on huvitatud patsiendi tervisest.

Õenduses on hoolivus ja hooliv suhtumine väga oluline mõiste, mida peetakse õenduse olemuseks ja selle põhialuseks (Brilowski ja Wendler 2005). Kas hoolivus on protsess, mis on vaadeldav ainult kahe või enama isiku omavahelisest suhtest lähtuvalt? Kas see on tegutsemine, suhtumine, mis avaldub õe käitumises? Kas see on õe väljendusviis? Või on see tajutav vaid läbi patsiendi silmade? Kas on see moraalne ideaal? Sellest tingituna on hoolivuse mõiste õenduses viinud edasi mitme teooria loomiseni. Kõige tuntumad nendest on Leininger'i (1991) kultuurse hoolivuse teooria (*Theory of Cultural Caring*) ja Watson'i (1985) inimhoolivuse teooria (*Theory of Human Caring*). Lisaks on tuntud veel Boykin'i ja Schoenhofer'i (1993) hoolivus kui õenduse teooria (*Theory of Nursing as Caring*), Roach'i (1984) hoolivuse teooria (*Theory of Caring*) ning Swanson'i (1991) hoolivuse teooria (*Theory of Caring*).

Watson (1979) vaatles hoolivust õenduspraktikas, lähtudes humanistlikust filosoofiast. Ta järeldas, et hoolivus saab olla efektiivne ainult inimestevahelises protsessis. Protsessis aset leidvad õe tegevused ja tööstiil on õe hooliva suhtumise eetiliseks aluseks. Hooliv õde lähtub oma suhtumises moraalsetest, õiguslikest ja humanistlikest põhimõtetest ning eelkõige tahtest patsienti aidata. Noddings (1984) ja Swanson (1991) analüüsisid hoolivust sarnaselt Watsoniga (1985) humanistliku filosoofia lähtekohast. Viimased täheldasid, et inimesest hoolimine on ajendatud õe empaatiavõimest ehk õde tajub patsiendi reaalsust viisil, nagu see oleks tema enda oma. Leininger (1984) vaatles hoolivust antropoloogilisest vaatenurgast ning väitis, et inimesest hoolimine on universaalne fenomen ning hoolivuse väljendusviisid, protsessid ja mudelid varieeruvad erinevates kultuurides. Sellest tulenevalt usub Leininger (1981, 1984), et kuna hoolivus, olles suuresti tuletatud kultuuriliselt, nõuab see õdedelt erinevaid kultuurilisi teadmisi ning seetõttu võivad hoolivuse aspektid erineda kultuurilisest kontekstist lähtuvalt. Seda asjaolu tõestas Kyle (1995), kes teostas kirjanduse ülevaate. Kirjanduse ülevaatest selgus erinevus patsientide ja õdede arusaamade vahel, seoses õdede hoolivate käitumiste tõlgendamisega. Tulemustest järeldus, et õdede käitumised ja suhtumine, mida tajutakse patsientide poolt hoolivusena, sisaldasid nii väljenduslikke kui ka praktilisi tegevusi. Näiteks õed ise kirjeldasid väljenduslikke käitumisi sagedamini kui seda tegid patsiendid. Patsiendid aga määrasid hoolivusena õepoolseid praktilisi tegevusi palju sagedamini kui seda kirjeldasid õed.

Swansoni hoolivuse keskastmeteooria on empiiriliselst välja arendatud kolmest fenomenoloogilisest uurimusest. Andershed ja Olsson (2009) koostasid Swanson'i hoolivuse keskastmeteooriaga seotud uuringute põhjal kirjanduse ülevaate. Autorid leidsid, et Swansoni hoolivuse teooriat on kasutatud ja kirjeldatud rahvusvahelistes ajakirjades ning teooria on hästi tuntud üle maailma. Paljude uurijate, näiteks Leadbeater'i (1995), O'Connell'i (2001), Anderson'i (2002) ja Beatty (2004) poolt läbiviidud uurimustes on teooriat seostatud praktikaga.

Välja on töötatud mitmeid mõõdikuid CARE-Q (*Caring Assessment Report Evaluation Q-Sort*), CBA (*Caring Behaviours Assessment*), CBI (*Caring Behaviour Inventory*) millega hinnata õdede ja patsientide arusaamu hoolivusest. Paljude eelpool mainitud autorite tähelepanekul tuuakse Swansoni hoolivuse teoorias välja selle põhiõlemus - õde peab olema pidevas ja hoolivas suhtes patsiendiga, kuna ta juhendab patsienti läbi haiguse hea tervise taastamise suunas ja seda mitte ainult füüsilises, vaid ka emotsionaalses, vaimses ja isegi hingelises mõttes. Magistritöö autori seiskoht on, et õed ei peaks patsienti nägema kui objekti, kes vajab abi, vaid inimest, kellel on sarnaselt õele omad arusaamad, vajadused, väärtused ja kogemused, mis teevad inimesest selle, kes ta on. Iga inimene on indiviid.

Eelnevale kirjeldusele toetudes lähtub magistritöö autor oma uurimistöös Swansoni (1991) hoolivuse teooriast (*Theory of Caring*), mida toetavad teooria filosoofilised lähtekohad ja peamised mõisted on arenenud humanistlikust filosoofiast. Samuti on Swansoni hoolivuse teooria lihtne ja vähemabstraktsem kui teised eelpool nimetatud teooriad, mis eeldab aga seda, et Swansoni teoorial on tõepoolest suurem potentsiaal õenduspraktikasse jõuda. Samuti kajastab hoolivuse teooria humanistlikke väärtuseid, mis on mitmel viisil sarnased magistritöö autori enda arusaamaga õe hoolivusest. Seetõttu sai kõige otsustavamaks teooria valikul just tõsiasi, et Swansoni teoorial on rõhk asetatud patsiendi individuaalsusele ja efektiivsele õe-patsiendi tegevuste protsessile, mille peamiseks eesmärgiks on patsiendi hea tervis. Haigus ja sellest paranemine on ju põhjuseks, miks patsient üldse aktiivravi osakonda satub ning haigusest terveneda soovib. Samuti on Swansoni hoolivuse teooria põhiõlemus väga sarnane Eesti õendusala arengukavas oleva õendusabi ühe põhimõtte - patsiendikesksusega, mida iseloomustab patsiendi individuaalsus ja tema vajadustega arvestamine.

Hoolivat suhtumist vaadeldakse kirjanduses ka kui õenduses peidetud koostisosa. Hooliv suhtumine ja tegevused jooksevad läbi kõige, mida õed oma töös teevad. Õe hooliv suhtumine sisaldab sageli kõrvalt vaatleja jaoks peidetud praktilist kogemust, kuid on esmatähtis hoolivuse saajate heaolu tagamiseks. (Swanson 1991, Skott ja Eriksson 2005.)

Duke ja Copp (1992) kirjeldasid hoolivat suhtumist õenduses näitlikult nagu niiti kaelakees, mis hoiab pärleid koos, kuid „see niit“ on tihti peidetud nagu ka hoolivus õenduses.

Tagasi vaadates on ajalooliselt hoolivuse olemuse üle järjepidevalt arutletud. Hoolimise (*care*) mõiste kerkis õdede huviorbiiti 1950-ndatel, kui Virginia Henderson rõhutas patsiendi hingeliste vajaduste rahuldamise seotust õepoolse patsiendist hoolimisega (Fagerström jt 1999). Õed toimisid 1950-ndatel enamasti kogemustele tuginedes ja õdede õpetus oli praktiläheks. Alles 1950-ndate lõpust 1960-ndate keskpaigani hakkasid tuntust koguma esimesed teoreetikud, kes uurisid „hoolima“ (*care*) tähendust. Alates 1970-ndate lõpust ergutas mõiste „hoolima“ järjepidevat uurimist Rahvusvaheline Hoolimisest Uurimise Konverents (*National Caring Research Conference*). Alles 1981. aastast hakati uurima mõistet „hooliv“ (*caring*) järjest enam ning loodi erinevaid hoolivuse teooriaid ja mudeleid. Kuni aastani 1988 ei olnud „hooliv“ (*caring*) määratletud kui eraldi mõiste CINAHLis (*Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature*), õenduse põhilises andmebaasis. 1988. aastal ilmus „hooliv, hoolivus, hoolitsev“ (*caring*) eraldiseisva mõistena ingliskeelsetesse andmebaasidesse. Kirjanduses puudub ühtne ja universaalne definitsioon hoolivuse (*caring*) kohta. Sellest tingituna on õendusteaduslikus kirjanduses kasutatud mõistet „hool ja hoolitsus“ (*care*) ning „hooliv ja hoolitsev“ (*caring*) sagedasti vasturääkivalt (Leininger 1981, Morrison 1991). Leininger (1981) teostas kirjanduse ülevaate, kus üritas avada mõiste *care/caring* keelelisi kasutusi arstide ja õdede poolt. Uuring toetus näidetele, mis olid kogutud õendus- ja tervishoiualastest ajakirjadest. Sellest tulenevalt avastas Leininger (1981), et alates juba Nightingale ajast peale on õendusalaselt pidevalt kasutatud mõistet „hool ja hoolitsus“ (*care*) ning alles 1988. aastast alates on lisandunud mõiste „hooliv, hoolivus, hoolitsev“ (*caring*). Mõiste „hoolivus“ kirjeldamisel kasutavad autorid erinevaid, kuid sisult sarnaseid mõisteid. „Eesti keele seletav sõnaraamat“ ning „Eesti keele õigekeelsussõnaraamat“ ütleb, et sõna „hooliv“ tähendab tähelepanelikku suhtumist kellegi suhtes, hoolivat suhtumist (EKSS I, Erelt jt 2006, Langemets jt 2009). Inglise-eesti sõnaraamat tõlgib *caring* – hooliv, hoolitsev ja abivalmis ning *care* – hool, hoolitsus, mure (IES 2006). Eesti-inglise sõnaraamat annab järgmised tõlked hoolima – *care*, hoolitsema – *take care of*, hoolitsev – *caring, attentive*, hoolitsus – *care* (EIS 2006).

Paradoksaalselt arenes aga mõiste keerukus ja selle sisuline ebatäpsus välja aja jooksul ning tõi enesega kaasa kasvanud vajaduse mõiste selgitamiseks. Brilowski ja Wendler (2005) teostasid evolutsioonilise hoolivuse mõiste analüüsi ja jõudsid järeldustele, et hoolivuse mõiste kirjeldused olid edasi arenenud lihtsatest, füüsilise hoolivuse episoodidest õe ja patsiendi vahel, kuni rangete uurimistööde definitsioonide ja professionaalse õe hoolivuse tunnuste kirjeldamiseni.



Kõigele sellele vaatamata on aga Morse jt (1990) väitnud, et mõiste „hooliv“ (*caring*) ning „hool“ (*care*) on kooskõlas siiski paljude teiste kirjandusallikate põhjal tehtud analüüsidega. Tulemustest järeldub, et hooliv ja hool on eelkõige: hoolimine inimesest, hoolivus kui terapeutiline ravi, hoolivus kui tunnete mõjutamine, hoolivus kui inimsuhete koostoime ning hoolivus kui moraalne kohustus. Analüüsides artikleid, leidis magistr töö autor, et uurimistöodes, kus on uuritud hoolivust ning selle tähenduse kontekstis patsientide arusaamu, oli kasutatud võtmesõnadeks nii *caring* (hoolitsev; hooliv) kui ka *care* (hool; hoolitsus). Käesolevas magistr töö kasutatakse uurimistöö teadusliku tausta ülevaates eelpool nimetatud mõisteid. Magistr töö tulemuste esitamisel kasutatakse mõistet „hoolivus“ (*caring*), mis on ühtlasi magistr töö keskne mõiste. Eelpool mainitud autoritele tuginedes võib järeldada, et hoolivus on keskne õe-patsiendi vaheline protsess, mis on efektiivne ainult siis, kui õde kasutab oma töös hoolivat suhtumist. Protsessis aset leidvad õe tegevused on aga õe hooliva suhtumise eetiliseks aluseks. Hooliv suhtumine taandub aga eelkõige patsiendi jaoks millegi tegemisele ning sellel on teatud iseloomulikud tunnused.

## **2.2. Hoolivust iseloomustavad tunnused**

Paljud autorid, nagu Watson (1979), Leininger (1981), Brilowski ja Wendler (2005), Halldorsdottir ja Hamrin (2008) on väitnud, et mõiste „hoolivus“ selguse puudumine on rahutukstegev, kuna hooliv suhtumine taandub eelkõige õe tegevustele. Oluline vajadus on viia arusaam tegevustest uuele tasemele. Fry (1988) väidab, et hooliva õe tegevustel on iseloomulikud tunnused. Leininger (1984) järeldas samuti, et nii hoolivuse väljendusviisid kui ka hoolivus viitavad tegevustele. Ta tõi välja hoolivuse tunnused: kaastunne, stressi leevendamine, empaatia, toetamine ja usaldus. Hoolivuse tunnused võivad aga varieeruda oma rõhuasetusega uurimuse kontekstis ning tunnuste kasutuse osas erinevates kultuurides. Uurimistöö autor analüüsis 14-ne autori seisukohti hoolivuse näitajate kontekstis. Analüüsitud allikates olid autorid kasutanud erinevaid metoodikaid, alates teoreetilistest uuringutest, mõisteanalüüsist kuni metasünteesideni. Eelnevates uurimistöodes domineerib uurimismeetodite valikul peamiselt kvalitatiivne uurimismeetod. Näiteks üks suurimaid teoreetilisi uurimistöid mis viidi läbi uurijate Andershed ja Olsson (2009) poolt, sisaldas magistr töö autori poolt aluseks võetud Swansoni teooriaga seotud uuringute ülevaadet. Viimane sisaldas kokku 120 uurimistööd. Uurimistöö eesmärk oli kirjeldada, kuidas Swansoni keskastmeteorait hoolimisest on kirjeldatud õenduspraktikas ja õendusalas tes uurimistöodes, mis kõik on esitletud rahvusvahelistes ajakirjades. Lisaks mitmed metasünteesid ja mõisteanalüüsid, mille eesmärgiks oli kindlaks teha põhilised hoolivuse tunnused ja parandada arusaamist hoolimise mõistest.

Järgnev tunnuste järjestus on kirja pandud kirjanduse analüüsil saadud neljateistkümne autori poolt kõige enam X kordades mainitud hoolivuse tunnustest. Kõige enam, ehk kümne autori poolt (McFarlane 1976, Watson 1979, Leininger 1984, Larson 1984, Brown 1986, Riemen 1986, Benner ja Wrubel 1989, Swanson 1991, Brilowski ja Wendler 2005, Finfgeld-Connett 2008) oli nimetatud hoolivuse tunnuseks „**millegi tegemine kellegi jaoks**“ (*doing for*). Seitsmel korral nimetati „**olemas olemist**“ (*being with*) (Watson 1979, Morse 1990, Swanson 1991, Quinn 2003, Brilowski ja Wendler 2005, Wu jt 2006, Halldorsdottir ja Hamrin 2008). Viiel korral nimetati „**teadmist**“ (*knowing*) (Leininger 1984, Rieman 1986, Swanson 1991, Wu jt 2006, Finfgeld-Connett 2008) ning „**toetamist**“ (*enabling*) kolmel korral (Watson 1979, Quinn 2003 ja Wu jt 2006). Kõige enam eelpool nimetatud hoolivuse tunnuseid tõi välja Swanson (1991, 1999) oma hoolivuse teoorias - millegi tegemine, olemas olemine, teadmine ja toetamine. Lisaks eelpool nimetatud neljale hoolivuse tunnusele tõi Swanson (1991, 1999) ja Watson (1979) välja veel „**usu säilitamise**“ (*maintaining belief*).

Swanson (1991) defineeris/selgitas kõik viis hoolivuse tunnust: „**millegi tegemine kellegi jaoks**“ (*doing for*) – tähendab millegi tegemist inimese jaoks; „**olemas olemine**“ (*being with*) – tähendab emotsionaalselt olemas olemist inimese jaoks; „**teadmine**“ (*knowing*) – tähendab, et üritatakse mõista sündmust sellisena, nagu see omab tähtsust patsiendi jaoks; „**toetamine**“ (*enabling*) – tähendab kergendada ja toetada patsiendi teekonda läbi erinevate eluliste muutuste ja sündmuste; „**usu säilitamine**“ (*maintaining belief*) – tähendab inimese usu säilitamist tema enda võimesse, et elada üle sündmus või muutus ja näha tulevikku rahulolevana. (Swanson 1991).

Eelpool nimetatud tunnuste järjestus sai kirja pandud kirjanduse analüüsil saadud neljateistkümne autori poolt kõige enam X kordades mainituna. Swanson (1991) aga mainis, et kuigi kõik viis tunnust on esitletud eraldi, ei välista need tunnused teineteist vastastikku. Kuna Swanson (1991) kirjeldas, et hoolivus on õe-patsiendi vaheline mitmekülgne protsess, mis on pidevalt olemas koos patsiendi-õe suhtega, siis protsessis endas kirjeldab Swanson hoolivuse tunnuseid järgmises järjestuses: õde aitab patsiendil „säilitada usku“ raskustest (haigusest) ülesaamiseks; „teadmine“ aitab õel mõista patsienti, mida käesolev raskus patsiendi jaoks tähendab; teades, mida patsient kogeb, saab õde jätkata „millegi tegemisega“ patsiendi jaoks; „olemas olemisega“ pakub õde patsiendile praktilisi vajalikke tegevusi; õe tegevus aga võimaldab patsienti „toetada“ tema haiguses ning tagada patsiendile võimalus saavutada tervist ja heaolu.

### 2.3. Õe hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele

Maailma Terviseorganisatsioon (*World Health Organisation*) määratleb tervist kui inimese täieliku füüsilise, vaimse ja sotsiaalse heaolu seisundit, mitte ainult haiguse ja füüsiliste defektide puudumist. Selline lähenemine on aktsepteeritud kui alus paljudes tervise mudelites. Täiskasvanul kujuneb tervise väärtustamine kahjuks tihti kurbade olude sunnil: tervisehäired, haiguste esinemine, töövõime langus või kaotus. Kõik, mis viib indiviidi heaolu langusele, s.o elu kvaliteedi langusele, toob arusaamise, et väärtuste skaalas on tervis esmajärgulise tähtsusega. Professionaalset hoolivat suhtumist on nimetatud ka millekski, mis võimestab patsienti ja aitab kaasa tema heaolu ja tervise saavutamisele. (Wiman ja Wikblad 2004.)

Haigla keskkonnas ravil viibiv patsient on sageli häiritud erinevatest faktoritest. Kõige sagedasemaks häirivaks faktoriks nimetasid patsiendid õdede mittehoolivat suhtumist. Sellise mittehooliva suhtumise mõjul nimetati patsientide poolt nii füüsilise, vaimse kui emotsionaalse seisundi halvenemist. (Berterö 1999.) Tõepoolest, Husted ja Husted (2007) järeldasid, et inimene on sageli haavatav, kui ta on haige. Haigla keskkonnas tajub patsient sageli häirivaid faktoreid veelgi võimsamana ning seetõttu võib patsient tajuda ka õdede mittehoolivat suhtumist sagedamini.

Kirjanduse analüüsil selgus, et õdede hoolival suhtumisel on positiivne mõju nii patsiendile, patsiendi perekonnale kui ka õele endale (Hilt 1993, Fealy 1995). Kõige olulisem oli patsiendile see, et õe hooliva suhtumise tulemusel tervenesisid patsiendid haigusest kiiremini (Hinds 1988, Fowler 1989, Gino 1998, Hartman 1998, Wing 1999, Halldorsdottir ja Hamrin 2008). Õe hooliv suhtumine tõi endaga kaasa patsientidele solidaarsustunde, lootuse, mugavuse, turvatunde, kõrge enesehinnangu, isikliku arengu ja hirmu ning ärevuse vähenemise (Francis 1988, Beck 1991, Funk 1992, Halldorsdottir ja Hamrin 2008, Gullo 1998, Fredriksson 1999). Hupsey (2000) ja Gonzalez jt (2004) järeldasid, et lisaks õe hoolivale suhtumisele mõjub patsiendile toetavalt lähedaste juuresolek, kes sisendavad neisse lootust ning julgustavad haigusega võitlema. Samuti järeldas Janvest (2010) oma uurimistöös, et patsiendi lähedastele on väga oluline lähedase inimese juures olemine. Lähedased ise tahavad olla lähedase kõrval piiranguteta. Nad oleksid rahul ka väga lühiajalise külastamise võimalusega. Oluline oli, et nad olid näinud ja puudutanud oma lähedast. Mallory (1988) on järeldanud, et hooliv suhtumine mõjutab ka seda, kuidas patsient õde tajub. Õde nähakse nüüd patsiendi poolt tajutuna kaastundlikuna, kompetentsena, mureitsevana ja austavana (Halldorsdottir ja Hamrin 2008).

Crigger (1997) täheldas vastupidist: õe hoolivusega võivad kaasneda patsiendi kaasatus ja ärakasutamine. Läbi hooliva suhtumise on õde võimeline paremini mõistma patsiendi haiguskogemust (Baker ja Diekelmann 1994). Samuti kirjeldasid Gastmans (1999) ja Irurita (1999), et õed saavad aidata patsiendil paraneda, kuna oma teadmiste ja oskustega on neil võimalus märgata patsiendi elu ja tervisega seotud muresid. Finfgeld-Connett (2008) järelendasid, et hoolivust edendavas keskkonnas on patsiendid kogenud paranenud vaimset ja füüsilist heaolu. Patsiendid kirjeldasid vaimse heaolu paranemisel vähenenud stressi (Leininger 1981, Sherwood 1993, McNamara 1995), enesehinnangu paranemist (Brown 1986, Eyles 1995, Halldorsdottir ja Hamrin 2008, Lucke 1997). Samuti kirjeldati positiivset vaimset suhtumist (Halldorsdottir ja Hamrin 2008, Turkel 2001), isiklikku arengut (Eriksson 1992, Sherwood 1993, Smith 1999) ja enesekehtestamist (Montgomery 1992, Euswas 1993). Füüsilise heaolu puhul kogesid patsiendid paranenud enesetunnet (Sherwood 1993, McNamara 1995, McCance 2003), mis tulenes osaliselt sellest, et patsiendid olid võimelised ise enese eest hoolitsema (Swanson 1991, Halldorsdottir ja Hamrin 2008, Lucke 1999). Toetudes eelnevale ja tuginedes uurimistöös aluseks võetud Swansoni (1991) hoolivuse teooriale (*Theory of Caring*), peab õde olema pidevas ja hoolivas suhtes patsiendiga, kuna ta juhendab patsienti läbi haiguse hea tervise taastamise suunas ja seda mitte ainult füüsilises, vaid ka emotsionaalses, vaimses ja hingelises mõttes. Oluline on, et õde näeks patsienti kui indiviidi ja õde oskab arvestada oma töös patsiendi arusaamade ja soovidega, mis tagavad patsiendile füüsilist, vaimset ja emotsionaalset heaolu.

Tuginedes asjaolule, et hoolimisalast kirjandust leidis õendusvaldkonnas ülekaalukalt palju ning uurimistöö teaduslik taust on koostatud aastatel 1975-2010 avaldatud allikate põhjal siis valimisse kaasati uurimistööd, mis kvalifitseerusid kui temaatilised uurimused, metasünteesid ning mõisteanalüüsid. Käesolevas magistritöös kasutatud kõik uurimistööd on avaldatud eelretsenseeritavates ajakirjades. Samas ei ole võimalik välistada kõiki metodoloogiliselt vigaseid uurimistöid metasünteesides, kuna kirjandusele esitatavad standardid muutuvad aja jooksul ning uurijate arusaamad varieeruvad vastavalt nende haridusele ja eelistustele. Vanemate kirjandusallikate kasutamisel lähtus magistritöö autor põhimõttest, et tõenduspõhise õendusteaduse arengus on oluline protsess ja teave mis lähtub varasematest uurimistöödest ja mõisteanalüüsides. Samuti on oluline, et uurijad ehitaksid varasemate uuringute tugevustele tuginedes silla olemasolevate tühimike täitmiseks.

### 3. METOODIKA

#### 3.1. Metodoloogilised lähtekohad

Käesolev magistritöö on empiiriline, kvalitatiivne, fenomenoloogiline uurimus. Kirjanduse analüüsimise tulemusel selgus, et kvalitatiivseid uurimismeetodeid oli soovitatud väga sagedasti kui eelistatud lähenemist hoolivuse uurimisele (Ray 1987, Leininger 1984). Sellegipoolest on kvalitatiivset lähenemist kritiseeritud meetodite subjektiivsuse pärast. See oli peamiselt seetõttu, et uurija ise on kui instrument ning tulemuste kvaliteet, mis on oma olemuselt subjektiivne, tõstatabki küsimusi uurimistöö usaldusväärsuses. (Morse ja Field 1996.) Andmed, mis põhinevad inimeste meenutustel ning mälul, ei ole kogutud eesmärgiga üldistada suuremaid populatsioone, vaid pigem täiendades ja rikastades ning ühendades universaalset inimfenomeni sellega, mida me mõistame kogemusena (Drew 1986, Morse ja Field 1996, Burns ja Grove 2005). Peamine on aru saada, kuidas erinevad inimesed tajuvad erinevaid fenomene ehk kuidas inimesed tajuvad endid ümbritsevas maailmas. Samuti on oluline käesolevas uurimistöös saadav kirjelduste sisu. Uurimistöö autori metodoloogiliseks lähtekohaks on Swansoni (1991) hoolivuse teooria (*Theory of Caring*), mis põhineb fenomenoloogial. Swansoni hoolivuse teooria lähtekohad võib leida tema intervjuudes naistega, kel on olnud nurisünnitus ja kes on viibinud seoses sellega sünnitusosakonnas. Läbi nende poolstruktureeritud intervjuude oli Swanson võimeline mõistma hoolivuse olemust, tuues samal ajal välja spetsiifilised aspektid selle kohta, mida vajab õde selleks, et hoolida patsiendist. Õde ei ole mitte ainult ravi ja hoolduse osutaja, vaid ka kui partner ja sõber, kes aitab patsiendil jõuda lähemale tema tervise ja heaolu saavutamisel. Rõhk on asetatud patsiendi isiklikkusele ja efektiivse õe-patsiendi suhte rajamisele, mille peamiseks eesmärgiks on hoolida patsiendist ning seetõttu põhiolemus sellest, mida õendus ka minu kui uurija jaoks tähendab. Selline metodoloogiline lähtekoht rõhutab kogemuste olulisust ja nende tähendust inimestele ning aktsepteerib kogemusi sellistena nagu need on inimese teadvuses. Uurimissuund, mis põhineb fenomenoloogilisel filosoofial, on võimalik jõuda uuritavate patsientide poolt kogetu mõistmiseni läbi nendeendi arusaamade.

Kvalitatiivses uurimistöös toimub eesmärgipärane uuritavate valik. Uurimistöösse kaasatakse need vabatahtlikud uuritavad, kes lähtudes uurimistöö eesmärgist, võivad kõige paremini uuritavat nähtust kirjeldada. Oluline ei ole uuritavate hulk, vaid pigem see, et uuritavad vastaksid kolmele kriteeriumile: 1) uuritaval on teadmised või kogemused uuritava nähtuse kohta; 2) uuritav on võimeline edastama informatsiooni; 3) uuritav on vabatahtlikult nõus osalema uurimistöös.

Uuritavate hulk on piisav, kui andmete kogumisel saavutatakse andmebaasi küllastatus ehk uurimistöö eesmärgist lähtuvalt ei lisandu uut informatsiooni. (Morse ja Field 1996, Coyne 1997, Burns ja Grove 2005.) Käesolevas uurimistöös ei lisandunud alates neljateistkümnendast intervjuust enam uut informatsiooni, seega tekkis andmebaasi küllastatus kolmeteistkümnenda intervjuu järel. Autor viis veel läbi ühe intervjuu, millest järelendus, et tõepoolest ei lisandunud uut informatsiooni.

Kvalitatiivsetes uurimistöödes on intervjuu abil andmete kogumine levinud meetod. Ka varasemalt on mitmed hoolivuse teemat uurinud uurijad, näiteks Swanson (1991, 1993), Berterö (1999), Liu jt (2005), valinud kvalitatiivse uurimistöö andmete kogumise meetodiks intervjuu. Kasutatakse nii struktureerimata kui poolstruktureeritud intervjuu meetodit. Intervjuu võimaldab saada uuritava nähtuse kohta võimalikult laiaulatuslikku informatsiooni. Lisaks on uuritavaid kerge kätte saada, kui tekib vajadus andmeid täiendada või täpsustada. (Morse ja Field 1996, Hirsjärvi jt 2005) Uurimistöö autor lähtus andmete kogumise meetodi valikul Swanson'i hoolivuse teooriast, milleks sai loodud poolstruktureeritud intervjuu kava. Selline meetod võimaldab uurijal küsitluse käigus küsimuste ja vastuste sisu vajadusel täpsustada ning võimaldab andmekogumist vastavalt olukorrale ja uuritavale reguleerida.

Poolstruktureeritud intervjuu on meetod, kus uurija esitab küsimused eelnevalt koostatud intervjuu küsimuste põhjal (vt Lisa 1). Uurija esitas küsimusi uuritavale paindlikus järjekorras ja konteksti sobivas sõnastuses. Eesmärk oli esitada kõik plaanitud küsimused, kuid teha seda loomulikult ja tundlikult, arvestades intervjuu käigu ja iseloomuga. Samuti on intervjuu eeliseks asjaolu, et vestluse käigus suunatakse uuritavat küsimuste abil minema rohkem teemasse. Seetõttu võtab poolstruktureeritud intervjuu tavaliselt palju aega. Uurija on uurimisprotsessiga tihedalt seotud – tajudes, reageerides, reflekteerides, tähendusi omistades, märkmeid tehes. Intervjuu läbiviimiseks tuleb uurijal saavutada usalduslik suhe uuritavaga ja säilitada see uurimistöö lõpuni. (Morse ja Field 1996, Burns ja Grove 1996, Coyne 1997, Hirsjärvi jt 2005)

Kvalitatiivses uurimistöös toimub andmete kogumine samaaegselt andmete analüüsimisega. See protsess moodustab terviku. Kogutud andmete analüüsimine, tõlgendamine ja järelduste tegemine on uurimistöös otsustava tähtsusega, kuna see ongi etapp, milleni uurimistööd alustades taheti jõuda. Kvalitatiivses uurimistöös ei püüta saadud tulemusi üldistada. (Morse ja Field 1996, Burns ja Grove 1996, Coyne 1997, Hirsjärvi jt 2005)

Kvalitatiivse uurimistöö puhul kasutatakse kas induktiivset (üksikult liigutakse üldise suunas) või siis deduktiivset (juba varem uuritud struktuur täidetakse sisuga konkreetseks muutunud olukorras) sisuanalüüsi. Kvalitatiivse analüüsimeetodi puhul moodustavad andmebaasi sõnad, sõnaühendid või mõttetervikud, mis uuritavat nähtust iseloomustavad. (Morse ja Field 1996, Coyne 1997) Käesoleva uurimistöö autor kasutas deduktiivset sisuanalüüsi. Autor lähtus Swanson'i hoolivuse teoriast ning seetõttu otsustas käesolevas uurimistöös deduktiivse sisuanalüüsi kasuks. Eestis puudub antud teema kohta varasem teave ning seetõttu saab toetuda juba varem väljatöötatud Swanson'i hoolivuse teooriale ning testida antud teooriat Eesti kontekstist lähtuvalt. Käesolevast uurimistööst uute uurimisprobleemide genereerimine võimaldaks aga juba induktiivset sisuanalüüsi Eesti kontekstis.

Sisuanalüüs on meetod tekstis sisalduvate analüüsitavate sisuliste üksuste klassifitseerimiseks vastavalt nende üksuste teoreetilisele tähtsusele (Burns ja Grove 1996). Andmebaasil põhinev analüüsiprotsess koosneb kolmest etapist: 1) uurimisküsimustele vastavate väljendite lihtsustamine, 2) rühmitamine ja 3) abstraherimine. Andmebaasi lihtsustamine tähendab seda, et andmebaasis koondatakse ühesuguse tähendusega lihtsustatud väljendid. Edasi järgmises etapis lihtsustatud väljendid rühmitatakse. Rühmitamise alusel tekivad substantiivsed koodid. Sarnastest koodidest moodustuvad alakategooriad. Kolmas ehk viimane etapp on abstraherimine ehk mõistete moodustamine, kui alakategooriatest moodustuvad ülakegooriad, mis omakorda koonduvad peakategooria alla. (Elo ja Kyngäs 2008)

Kvalitatiivne lähenemismeetod sobib käesoleva uurimistöö läbiviimiseks, kasutades poolstruktureeritud intervjuumeetodit andmete kogumiseks ning saadud andmeid deduktiivselt analüüsimiseks. Patsiendid kirjeldavad oma arusaama, kuidas nad mõistavad õe hoolivat suhtumist ning kuidas see nende arvates nende tervist mõjutab

### **3.2. Uuritavad**

Käesolevas magistritöös olid uuritavateks täiskasvanud patsiendid, kellel oli haiglas aktiivravi viibimise kogemus. Vastavalt sotsiaalministri määrusele nr 103, 01.09.2004, 116, 1816 „Haigla liikide nõuded“ (Riigiteataja) on aktiivravi tervishoiuteenus, mida osutatakse ebastabiilses seisundis haigetele ning haigetele, kes vajavad suure riskiastmega diagnostilisi- või raviprotseduure.

Aktiivravil viibides oli patsiendil seega olnud võimalus osa saada õendustegevustest, kogeda õe käitumist ning suhtumist ning kogeda hoolivust ja võib-olla ka mittehoolivust. Oma arusaamadele tuginedes saavad patsiendid kirjeldada, kuidas nad mõistavad õe hoolivat või mittehoolivat suhtumist ja selle mõju nende tervisele.

Uuritavate värbamisel on väga oluline periood, mis jääb patsiendi haiglaravilt lahkumise ning uurijaga kohtumise vahele, sest väga pikk periood võib mõjutada andmestiku kvaliteeti (Coyne 1997, Cresswell 2007). Eesmärgiga saada värske kogemuste põhjal kirjeldatud andmeid, planeeris magistritöö autor intervjuuerida patsiente, kes viibisid aktiivravil perioodil jaanuar–märts 2013. Samuti ei kasutanud uurimistöö autor uuritavate leidmiseks juhuvalimit, vaid seadis selleks eesmärgipäraselt kindlad kriteeriumid. Uurimistöö läbiviimiseks oli olemas Tartu Ülikooli inimuuringute eetikakomitee luba (protokoll nr 225/T-3) (vt Lisa 2).

Uuritavate valiku kriteeriumid olid järgmised:

- uuritav on täiskasvanud patsient;
- uuritav on viibinud aktiivravil ajavahemikus 01.-31.03.2013;
- uuritav on võimeline uuritavat nähtust kirjeldama eesti keeles;
- uuritav on nõus vabatahtlikult uurimistöös osalema.

Uuritavate üldkogumi moodustasid ajavahemikul 01.-31.03.2013 Eesti erinevates haiglates aktiivravil viibinud täiskasvanud patsiendid. Üldkogumi suurus oli sel perioodil 3578 patsienti. Uurimistöö autor arvestas asjaoluga, et Eesti suurimad piirkondlikud haiglad võivad olla ülekoormatud üliõpilaste poolt teostavatest uurimistöödest, seetõttu patsiendid, kes olid viibinud aktiivravil ka üldhaiglates, osutusid samuti potentsiaalseteks uuritavateks. Seepärast otsustas uurija leida uuritavaid üle kogu Eesti. Selleks pöördus uurija perearstide poole. Perearstide leidmiseks kasutas uurija Eesti Haigekassa kodulehekülge, kus oli eraldi välja toodud maakondade kaupa perearstide nimekirjad. Silma jäi, et Hiiumaal oli kokku seitse perearsti. Seega valikut tehes otsustas magistritöö autor jätta kõigi maakondade perearstide nimistusse kuuluvatele patsientidele võrdsed võimalused uurimistöös osalemiseks. Sellise võimaluse teostamiseks loetles uurija iga maakonna perearsti nimekirjast järjest loetuna valikusse iga seitsmenda perearsti. Näiteks Võrumaa perearstide nimistus oli kokku 22 perearsti, millest valikusse osutus järjest loetuna iga seitsmes perearst. Seega kokku kolm perearsti. Seisuga 01.01.2013 osutus valikusse kokku 109 perearsti.



Perearstidega võttis uurija ühendust telefoni teel, sest Eesti Haigekassa koduleheküljel puudusid perearstide e-posti aadressid. Autor valmistas ette nn kava, mis sisaldas telefonivestluse jaoks kõiki vajalikke aspekte (enesetutvustus, uurimustöö eesmärk, meetod ja kriteeriumid uuritavatele jne). Samuti selgitas autor, et vastavad materjalid saadab ta perearstikeskusesse pereõe nimele, kes siis riputab seinale üleskutse uuritavatele. Üleskutse (vt Lisa 3) sisaldas planeeritava uurimistöö tutvustust, uuritavatele seatud kriteeriume, uurimustöö eesmärki, uurimistöö protsessi ja uurija kontaktandmeid. Uuritaval oli võimalus oma nõusolekust uurimustöös osalemiseks teada anda kas telefoni või e-posti teel. Lisaks saatis autor pereõdedele margistatud ümbrikud, et uuritav saaks oma nõusolekust sel viisil teada anda. Saades uuritavalt vastava nõusoleku, võttis autor uuritavaga ühendust, et olla kindel, kas uuritav vastab uuritavate valiku kriteeriumidele ning alles seejärel leppida kokku aeg ja koht intervjuu läbiviimiseks. Üldjuhul helistas uurija ise perearstile kokkulepitud ajal. Nii sai magistritöö autor perearstidelt oma uuritavate kontaktid ja seejärel võeti juba ise uuritavaga ühendust. Uurimistöö autor suhtles perearstidega ka teemal „Patsientide ja nende kontaktide“ konfidentsiaalsusest. Mõlemapoolselt tõdeti, et antud olukorras ei riku me patsientide konfidentsiaalsust, kuna autor võttis uuritavaga ühendust alles peale seda, kui uuritav oli ise oma perearstile uurimistöös osalemise soovist teada andnud.

Magistritöö autor võttis ühendust esimese perearstiga esmakordselt 10.05.2013. Eeltööna koostatud 109 perearsti nimekirjast sai autor kontakti kahe nädala jooksul koheselt 45 perearstiga. Korduval helistamisel lisandus veel 16 perearsti. Koostööst ja uuritavate värbamisprotsessist jäi välja 48 perearsti. Põhjuseks asjaolu, et mitmeid perearste asendasid suvisel perioodil asendus- või abiarstid, telefonile ei vastatud või oli uurija vastavast piirkonnast kriteeriumidele vastava uuritava juba saanud. Uurimistöö autor oli eelnevalt sellega arvestanud ning seetõttu helistas uurija kahe nädala jooksul järgemööda 61-le piirkonna perearstile eesmärgiga, et uuritavate värbamisprotsessiga saaks kaetud kogu Eesti.

Uurimistöö autor sai kokku perearstide poolt edastatud info põhjal potentsiaalseid uuritavaid 54 ja potentsiaalseid uuritavaid, kes ise võtsid uurijaga ühendust telefoni või kirja teel, 12. Kõige enam ei vastanud uuritavate kriteeriumidele need uuritavad, kes peale üleskutse lugemist võtsid ise uurijaga ühendust. Nendest 12 potentsiaalsest uuritavast jäi valikusse ainult kaks uuritavat. Enamik nendest uuritavatest olid viibinud haiglaravil 2012. aastal või veelgi varasemalt, kõnelesid vene keelt või ei olnud täiskasvanud. Tunduvalt vähem, kuid ka eelpool kirjeldatud erinevatel põhjustel, soovi avaldanud potentsiaalseid uuritavaid langes välja seetõttu, et uuritava tervis halvenes, uuritav ei soovinud enam osaleda uurimuses, toodi vabanduseks perekondlikud põhjused, kiire suvi ja ajapuudus.

Lõpliku valiku moodustasid 14 täiskasvanud uuritavat (10 naist ja 4 meest), kes vastasid uuritavate valiku kriteeriumidele ning olid pärit Viljandimaalt, Pärnumaalt, Valgamaalt, Põlvamaalt, Jõgevamaalt, Raplamaalt, Järvamaalt, Tartust ja Tartumaalt, Võrumaalt, Saaremaalt, Tallinnast, Lääne-Virumaalt ning Harjumaalt. Piirkondadest jäid välja Hiiumaa, Läänemaa ning Ida-Virumaa.

### **3.3. Andmete kogumine**

Käesolevas uurimistöös koguti andmed poolstruktureeritud intervjuu abil, mis andis võimaluse küsimuste ja vastuste sisu vajadusel täpsustada ning võimaldas andmekogumist vastavalt olukorrale ja uuritavale reguleerida. Küsimustiku teemad (vt Lisa 1) moodustasid uuritavat nähtust kirjeldavate uurimistööde analüüsi tulemusena, mis toetasid käesoleva uurimistöö eesmärgi saavutamist. Prooviintervjuu viidi läbi uurijale kolme tuttava patsiendiga selleks, et saada kogemus intervjuerijana ja olla kindel valitud meetodi kasutamise õigsuses. Prooviintervjuust saadud andmeid ei kaasatud uurimistöösse, küll aga korrigeeris uurija hiljem küsimusi uuritavale arusaadavamaks ja üheselt mõistetavamaks.

Poolstruktureeritud intervjuu läbiviimine toimus alljärgnevalt:

1. Sissejuhatuses võimaldas uurija uuritavale kohanemisaja, et häälestada uuritav ette kohtumiseks ja intervjuuks;
2. uurija informeeris uuritavat uurimistööst, uuritava õigustest, teadliku nõusoleku saavutamise ja vastava vormi allkirjastamise aspektidest;
3. uurija tutvustas uuritavale intervjuu protsessi;
4. uurija viis läbi intervjuu eelnevalt koostatud küsimustiku abil, kus uurija esitas kõik küsimused paindlikus järjekorras ja konteksti sobivas sõnastuses, tegi seda loomulikult ja tundlikult, arvestades iga intervjuu käiku ja iseloomu;
5. uurija tegi lühida intervjuu kokkuvõte ja tänas uuritavat.

Intervjuu läbiviimiseks oli uurija eelnevalt võtnud ühendust uuritavaga pärast seda, kui oli saanud perearstilt uuritava kontaktandmed ja nõusoleku uurimistöös osalemiseks. Uurija kasutas telefonivestluses potentsiaalse uuritavaga nn standardset kava, mis kindlustas uuritavate valiku ühtse käsitlemise ning valikupõhimõtted. Uurija pidas oluliseks kuulda uuritava enda käest nõusolekut uurimistöös osalemiseks ja olla kindel, kas uuritav tõepoolest on teadlik uurimistöö eesmärgist ja metoodikast.

Sellise telefonivestluse käigus on määravaks vestluse sisu, uurija hääletoon ja info edastamise viis, et luua edasine „sild“ järgmiseks reaalseks kohtumiseks uuritavaga näost näkku kokkulepitud päeval, kohas ja kellaajal. Kohtudes uuritavaga esmakordselt, püüdis uurija „jätkata“ sealt, kus jäädi telefonivestluse käigus ootama teineteisega kohtumist. Peale sellist positiivset sissejuhatust ja võimaldatud kohanemisaega on uuritav „võtnud su omaks“ ja edasine protsess ja suhtlemine võib alata. Uurija tutvustas uuritavale veel kord uurimistöö eesmärgi, uurimistöö vajalikkust patsientidele, uurimistöö metoodikat, uuritava õigusi ning seejärel allkirjastati kahes eksemplaris teadliku nõusoleku lehe vorm (vt Lisa 4), millest üks jäi uuritavale ja teine uurijale. Uurija tutvustas uuritavale täpselt, kuidas intervjuu protsess välja näeb. Miks uurijana kasutan diktofoni, miks teen vahepeal paberile märkmeid või miks palun vahepeal uuritaval oma ütlust täpsustada jne. See on oluline ja tuleneb uurija kogemustest, et intervjuu käigus ei häiriks uuritavat miski ja ta võib ennast vabalt väljendada ja kirjeldada oma arusaamu hoolivusest. Näiteks, sel ajal kui uuritav kõneleb, teen uurijana märkmeid paberile, kuid uuritav paneb seda tähele ja ta võib mõelda, miks või kas ma ütlesin midagi valesti. See võib segada uuritaval oma mõtteid ja arusaamu kirjeldamast. Oluline on tõsiasi, et diktofoni käivitamine peaks toimuma uuritavale märkamatuks. Kogemused uurijana on näidanud, et kui diktofon lülitada sisse sellest uuritavale märku andes, siis uuritav kohmetub ja ei väljenda ennast ise, vaid hakkab otsima nn õigeid vastuseid. Uurija täheldas lisaks eelpool kirjeldatule sagedasemaid intervjuueeritava käitumise muutusi, milleks oli kõne tempo kiirenemine/aeglustumine, erutumine, nutmine, mõttesse vajumine ning intervjuu hetkeline katkestamine ukse taga haukuva perekoera sisse laskmiseks, taskuräti otsimiseks ja enese kogumiseks. Uurija palub intervjuueeritaval kirjeldada oma arusaama või mõistmist talle esitatud suunava küsimuse abil. Küsimused esitatakse uurija poolt paindlikus järjekorras ja konteksti sobivas sõnastuses, tehes seda loomulikult ja tundlikult. Uurija ülesandeks on uuritava vastuseid järjest süvendada, et nende abil esitada järgmised suunavad küsimused ja nii sujuvalt teemat süvendatult arendada. Kuna uuritav teema võib olla intervjuueeritava jaoks väga emotsionaalne, tundeline siis jälgib uurija ka intervjuueeritava kehakeelt, et vajadusel intervjuu katkestada. Selleks kasutab uurija aktiivset kuulamist - tajudes, reageerides, reflekteerides, tähendusi omistades, märkmeid tehes jne. Intervjuu lõppedes on samuti oluline jälgida, et intervjuu ei lõppeks järsku, jättes uuritavale mulje, justkui uurija ei viitsiks enam kuulata. Uuritavale tuleb alati anda sõna, kas ta sooviks midagi küsida, täpsustada jne. Uurijana toetudes oma kogemustele, kujuneb tegelikult juba intervjuu käigus arusaam sellest, mida uuritav mõistis selle all, kui ta kirjeldas omi mõtteid ja arusaamu. Selleks tegi uurija väikese kokkuvõtte intervjuust ning täpsustas seda veel uuritava käest küsides: „Kas tehtud kokkuvõte kõlas Teile tuttavalt ehk kas Te tundsite selles ära iseenda?“

Kõik intervjuud lindistati diktofoniga uuritavate endi soovil nende koduses keskkonnas. Intervjuud kestsid 39 minutist kuni 115 minutini. Keskmine intervjuu kestus oli 70 minutit. Intervjuude kestus olenes uuritava valmisolekust oma arusaamu jagada ning samuti sellest, kui jutukad ja avatud olid uuritavad. Intervjuud kirjutati sõna-sõnalt ümber teise isiku poolt, lähtudes konfidentsiaalsuse kokkuleppest. Eelnevalt oli uurija koostanud intervjuudest faili ja kõik intervjuud kodeerinud. Hiljem saadud ära kirjadele lisas uurija juurde vastavad ääremärkused ja lühikokkuvõtted intervjuust, mis sai tehtud intervjuu käigus uuritavaga. Keskmiselt koosnes üks ära kiri 8-14 A4 paberilehest. Uuritav materjal käesolevas uurimistöös on patsientidega läbi viidud intervjuude tekstide ära kirjad.

### **3.4. Andmete analüüsimine**

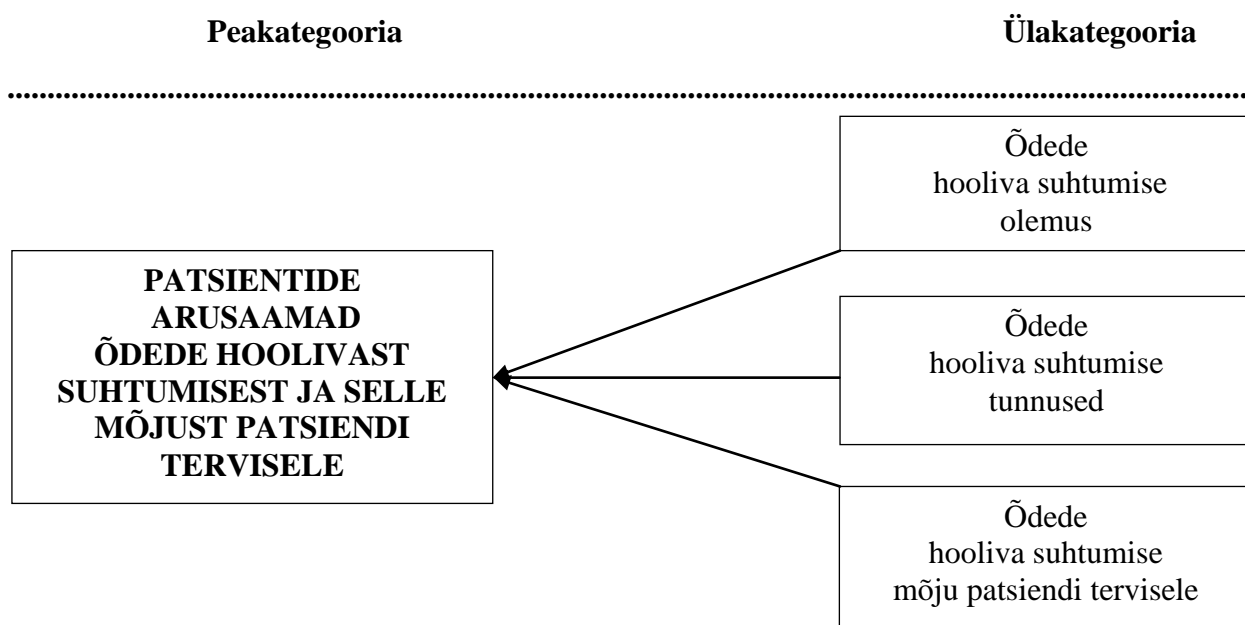
Andmete analüüs on kvalitatiivses uurimistöös samm-sammult toimuv protsess, milles kasutatakse intervjuudest saadud andmeid ning andmete kogumine ja analüüs on sageli teineteisega põimunud. See tähendab, et andmete analüüsimisprotsessi alustati kohe peale esimese intervjuu läbiviimist ja ümber kirjutamist. Eesmärgiks oli talletada võimalikult palju tähelepanekuid intervjuu asjaolude ja konteksti kohta, mis võimaldas välja tuua teemasid või küsimusi, mida täpsustada järgnevates intervjuudes.

Uurimistöö andmete analüüsimisel kasutati deduktiivset sisuanalüüsi meetodit. Burns ja Grove (2005) on kirjeldanud, et deduktiivses sisuanalüüsis võib kasutada nn juba valmis taustaraamistikku, milles saadud andmestikku analüüsida. Kuna deduktiivne sisuanalüüs võimaldab analüüsi ka andmestiku põhiosas ning andmeid on võimalik kategoriseerida induktiivsel viisil, siis uurija kasutas sellist võimalust oma uurimistöös.

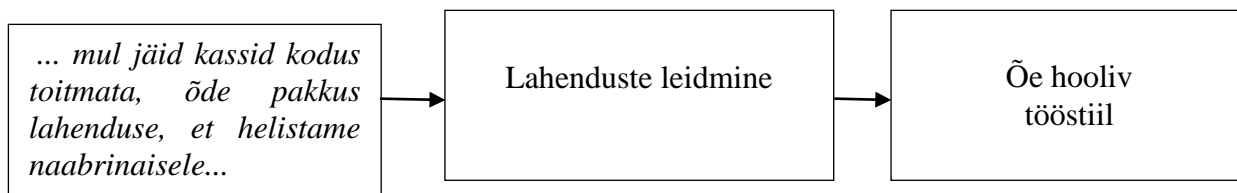
Kategoriseerimine on lihtne sisuanalüüs, kus andmebaasist saadud teave kategoriseeritakse teemade või mõttetervikute kaupa. Kategoriseerimise peaesmärk on lahutada intervjuude tekstid osadeks ja neid mõista, arendada välja kategooriad ning seada need korrastatud süsteemi. (Burns ja Grove 2005, Cresswell 2007.) Selleks luges uurija korduvalt ja põhjalikult lindilt ümber kirjutatud teksti. Uurija otsustas, et analüüsitava ühik on mõttetervik ja veendus selles, kas antud vastused kuulusid vastava teema alla. Teemasse mittekuuluvad vastused paigutati ümber vastava teema juurde. Edasi analüüsis autor andmeid induktiivselt teemade kaupa. Seejärel selekteeris uurija patsientide kirjeldustest mõttetervikud, millest moodustati substantiivsed koodid. Substantiivseid koodi omavahel võrreldes moodustati alakategooriad, mis paigutati sobivate ülakategooriate alla.

Selliseid loodud kategooriaid kasutatakse selleks, et korrastada ja rühmitada koodid tähendusriikasteks kogumiteks. Oluline on kategooriate ja koodide iseloomustamisel lisada väljavõtteid intervjuudest. Lähtudes eeltoodust, võib väita, et uurimuses kasutatav analüüsimeetod oli sobilik käesoleva uurimuse läbiviimiseks.

Käesoleva uurimistöö taustraamistikust tulenevalt, mis moodustus kirjanduse analüüsi põhjal ja uurimisülesannetest lähtuvalt, moodustas autor patsientide poolt kirjeldatuna õdede hooliva suhtumise ja selle mõju patsiendi tervisele kolm ülakategooriat (vt Joonis 1) – *õdede hooliva suhtumise olemus*, *õdede hooliva suhtumise tunnused* ja *õdede hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele*, mille peakategooriaks nimetati **patsientide arusaamad õdede hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele**. Andmebaasist, mis kirjeldas patsientide arusaamu õdede hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele, saadi 126 esialgset tähelepanekut ehk mõttetervikut, mis kodeeriti. Edasi ühendati samasisulised kodeeritud mõttetervikud ning saadi 36 substantiivset koodi, seejärel sarnaste substantiivsete koodide ühendamisel moodustati 10 alakategooriat, mis on näitena ära toodud, kuidas moodustusi alakategooriad (vt joonis 2). Tulemused esitatakse peakategooria sees üla- ja alakategooriate kaupa. Nende all nimetab autor induktiivselt moodustatud alakategooriad ja substantiivsed koodid. Uurimistulemuste esitamisel on toodud näiteid intervjuude tekstidest, mis on kirjutatud kaldkirjas ja märgistatud intervjuueeritava koodiga.



**Joonis 1. Pea- ja ülakategooriad**

**Mõttetervik ehk  
tähelepanek andmebaasist****Substantiivne kood****Alakategooria**

**Joonis 2. Näidis alakategooriate moodustumisest**

### **3.5. Uurimistöö usaldusväärsus**

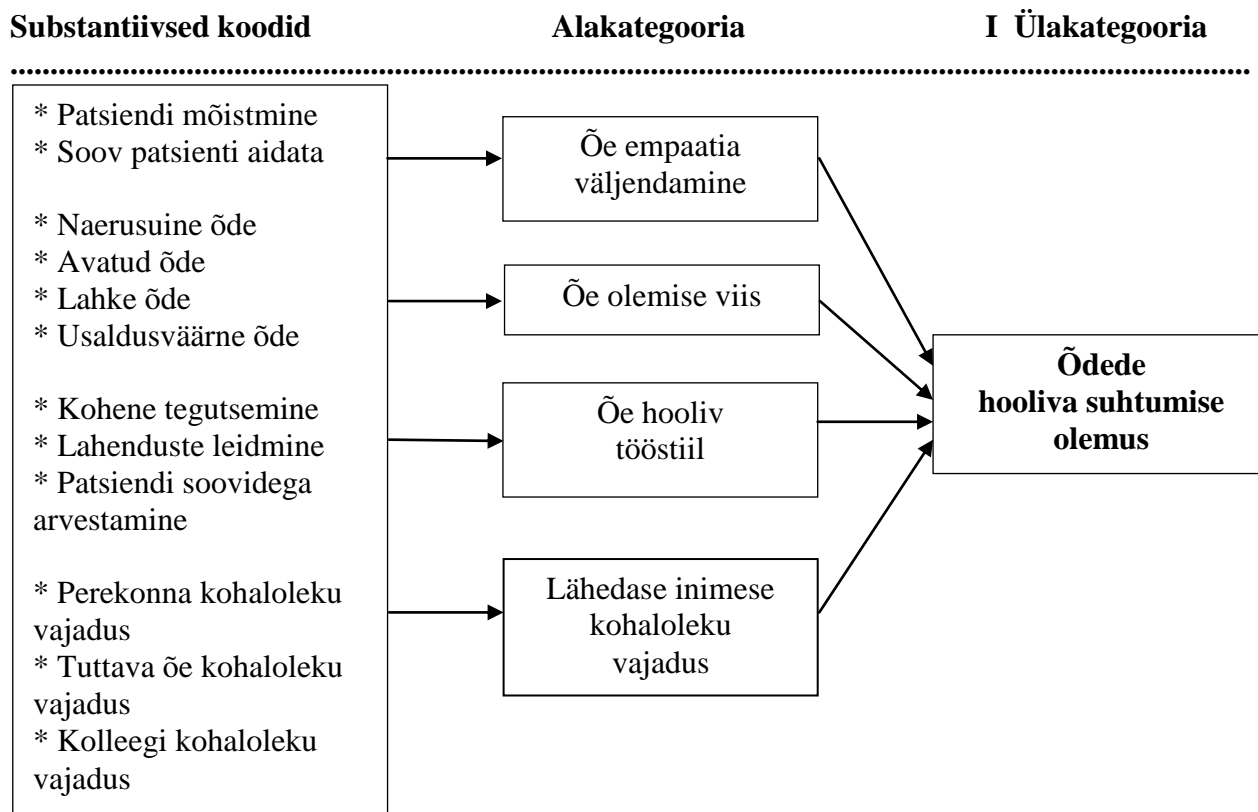
Usaldusväärsus kvalitatiivses uurimustöös ei ole kergelt ja selgelt tõestatav. Oluline faktor, mis tõstab usaldusväärsust kvalitatiivses uurimistöös, on uurimisprotsessi täpne kirjeldus, põhjalikud uuritavate värbamise moodustamise kirjeldused ja selgitused, meetodite rakendamise selgitused ja põhjendused ning nende seos teoreetiliste lähtekohtadega. Valiidsusena käsitletakse ka uurijat ennast kui uurimisinstrumenti, kellel on võime anda edasi informatsiooni ja tulemusi sellest, mida taheti mõõta. (Burns ja Crove 2005.)

Uurimistöö autor püüab uurimistöö käigus endale teadvustada uurimisprotsessi läbiviimise mõjusid alates töö planeerimisest kuni tulemuste kirjeldamiseni ja selle metoodika osas ka võimalikult üksikasjalikult kirjeldada. Antud uurimistöös kasutatakse intervjueerimisel poolstruktureeritud intervjuud. Reliaablust antud töös tõestab asjaolu, et intervjuu meetod on üks kõige enam levinud meetodeid hoolivusalastes uurimistöödes. Uurimistöös saadud tulemuste usaldusväärsuse, analüüsiprotsessi jälgitavuse ja veenvuse eesmärgil esitab uurimistöö autor tulemuste kirjeldamisel tsitaate intervjuudest, kuna see võimaldab näha algupärase andmestiku ja moodustunud kategooriate omavahelist seost. Intervjuu küsimustiku teemad on uurimistöö autor üles ehitanud tuginedes teemakohase kirjanduse analüüsile. Samuti võttis uurija aluseks Tong jt (2007) kvalitatiivsete uurimistööde raporteerimiseks mõeldud (COREQ): 32-teemalise kontrollnimekirja, et raporteerida oma uurimistöö olulisi vaatekohti selgesõnaliselt ja täpselt.

## 4. TULEMUSED

### 4.1. Õdede hooliva suhtumise olemus

Esimese ülakategooria *Õdede hooliva suhtumise olemus* alla moodustusid neli alakategooriat: õe empaatia väljendamine, õe olemise viis, õe hooliv tööstiil ning lähedase inimese kohaloleku vajadus (vt Joonis 3).



**Joonis 3. I Ülakategooria – Õdede hooliva suhtumise olemus**

#### 4.1.1. Õe empaatia väljendamine

Patsientide arusaama õdede hooliva suhtumise olemusest kirjeldati läbi õe empaatia väljendamise, mis moodustus kahest substantiivsest koodist : 1) patsiendi mõistmine; 2) õe soov patsienti aidata. Patsiendid pidasid väga oluliseks õe empaatiavõimet. Õed oskavad mõista patsienti ja patsiendi muret. Läbi enesetunnetuse soovivad õed patsienti aidata ja teevad selleks kõik. Patsientide sõnul ei ole sellist võimet kahjuks mitte kõigil õdedel ning seetõttu ei saa rääkida ka õe hoolivast suhtumisest.

### **1) Patsiendi mõistmine**

*V3: ... kui õde mõistab patsienti, siis ta teeb kõik võimaliku tema jaoks...*

*V6: ...see oli vist empaatia, kui inimene mõistab teist inimest..., see on õe üks olulisemaid võimeid...kõik algab sellest...kahjuks ei ole kõik õed selleks võimelised...*

*V1: ...ta mõistab sind ja sinu muret tervikuna..., õde tegutseb siis just kui see mure oleks tema enda oma...see on empaatiline võime*

### **2) Õe soov patsienti aidata**

*V12: ...õde soovib sind aidata..., isegi kui ta ise seda kohe ei tea ega oska teha..., kuid soov on*

*V14: ... patsiendi aitamine peaks olema ju õe soov..., kui õde soovib, siis ta ka tegutseb*

*V7: ... seda on kohe aru saada, kui õde soovib sind aidata..., ükskõik kuidas, kuid ta soovib...*

#### **4.1.2. Õe olemise viis**

Patsientide arusaama õdede hooliva suhtumise olemusest kirjeldati läbi õe olemise viisi, mis moodustus neljast substantiivsest koodist: 1) naerusuine õde; 2) avatud õde; 3) lahke õde; 4) usaldusväärne õde. Patsientide kirjeldustest selgus, et õdede hooliv suhtumine väljendub ikka ainult läbi õe olemise viisi. Kõige enam toodi välja usaldusväärset ja naerusuist õde, kes on oma olemuselt alati lahke ja avatud. Sellisele õele on ka patsiendid valmis ennast avama ja vastu võtma õe poolt pakutavat hoolivat suhtumist

### **1) Naerusuine õde**

*V12: ...mina ei näinud oma haiglas oleku ajal veel kordagi, et see õde oleks olnud tusane, ...ta kogu aeg oli naerusuine ja lõbus...*

*V1: ...õde oli nagu naerusuine päikene..., kui ta palatisse sisse astus, siis hakkas päike paistma...*

*V8: ...sellise naeratava õega oli kohe kergem suhelda ja kõik tundus kuidagi parem, isegi kui oled haiglas...*

### **2) Avatud õde**

*V9: ...selline hooliv õde on patsiendi suhtes hästi avatud..., ta kohe oskab sind panna tundma ennast hästi ja tegelikult oled ise ka siis rohkem avatud ja tahad õega suhelda*

*V13: ...sellisele õele julged rääkida oma muredest, sest sa näed, et ta on avatud sinu kuulamisele ja muredele..., temaga läksid kohe kaasa ja ta lummas sind...*

*V2: ...mulle meeldis see õde kohe väga, ta oli selline avatud ja temaga said rääkida kõigest, jah tõesti kõigest*



### **3) Lahke õde**

*V4: ...ta oli nii lahke ja armas nagu mu oma tütar...*

*V9: ...enamus õdesid on väga lahked ja abivalmid...*

*V3: ...lahke õde on alati sinust hooliv ja tunnetadki, et õde hoolib sinust*

### **4) Usaldusväärne õde**

*V7: ...sa said õde alati usaldada, ta ei petnud sind ega jätnud sind ootama pikaks ajaks*

*V10: ...ta vaatab sulle silma sisse ja sa saad talle rääkida kõigest, isegi nii kõigest, mis puudutab ainult mind..., sellisele õele ma usaldaksin oma tervise ja tervendamise*

*V3: ...usaldusväärne õde hoolib sinust alati..., kui ma seda ei tunneta, siis ma seda ei ütleks nii*

#### **4.1.3. Õe hooliv tööstiil**

Patsientide arusaama õdede hooliva suhtumise olemusest kirjeldati läbi õe hooliva tööstiili, mis moodustus kolmest substantiivsest koodist: 1) kohene tegutsemine; 2) lahenduste leidmine; 3) patsiendi soovidega arvestamine. Patsiendid kirjeldasid, et kui õde tegutseb kohe ja leiab lahendusi nende soovidele, tundsid nad, et õde hoolis neist Sageli olid selleks õe poolt ekstra asjade tegemised, et vastu tulla patsientide soovidele.

#### **1) Kohene tegutsemine**

*V8: ... mul oli palavik ja õde kohe andis rohtu, tuulutas mu tuba, võttis seljast paksu kampsuni...*

*V10: ... mul oli telefoni aku tühi ja ma palusin õel, et ta helistaks mu tütrele..., ta tegi seda koheselt ja tuli minu juurde oma telefoniga, et ma saaks ise tütreaga vestelda...*

*V3: ... mul olid meeletud valud, õde tegutses väga kiiresti, alustades süstimisest, sättis mulle mugavamat asendit ja tal oli veel aega minuga suhelda ja minu juures olla, vot see on õige hoolimine...*

#### **2) Lahenduste leidmine**

*V7: ...kui sa läksid oma murega, siis ta kohe püüdis leida lahendusi..., mitte ei oodanud sellega...*

*V5: ... mul jäid kassid kodus toitmata, õde pakkus lahenduse, et helistame naabrinaisele...*

*V13: ... ega lapsed ei teadnud, et ma haiglasse sattusin..., õde pakkus oma abi ja me koos helistasime lastele...*

### **3) Patsiendi soovidega arvestamine**

*V10: ... mul oli nii värske kurgi isu..., tema ikka organiseeris mulle selle värske kurgi toomise...*

*V4: ... mul oli samas haiglas ka abikaasa, ainult, et teises osakonnas, igatsesin tema järele..., nii kui ma sellest õele rääkisin, sõidutas ta minu kohe teise osakonda „kohtingule“, nii me koos naersime, et just „kohtingule“*

*V2: ...ma soovisin akna all olevat voodit, no siis hea aknast välja kaeda, õde kohe täitis mu soovi*

#### **4.1.4. Lähedase inimese kohaloleku vajadus**

Patsientide arusaama õdede hooliva suhtumise olemusest kirjeldati läbi lähedase inimese kohaloleku vajaduse, mis moodustus kolmest substantiivsest koodist: 1) perekonna kohaloleku vajadus; 2) tuttava õe kohaloleku vajadus; 3) kolleegi kohaloleku vajadus. Intervjuudest saadud tähelepanekute põhjal on patsientide jaoks õdede hooliva suhtumise olemus eelkõige lähedase inimese kohaloleku vajadus ja selle võimaldamine. Olgu siis selleks patsiendi perekond, tuttav õde või lähedane kolleeg. Patsiendid täheldasid, et kahjuks ei luba kõik õed lähedast inimest juurde ajal, mil nad nii väga seda vajaksid. Patsiendid väidavad, et kui õde lubab lähedase inimese patsiendi juurde, siis on neil tunne, et nendest hoolitakse. Samuti kirjeldati, et tihti räägitakse ja suheldakse nendega rohkem, isegi läbi huumori, heade soovide ja kaasatundmise, kui selleks on tuttav inimene. Eriti oluliseks mainiti patsientide poolt lähedase inimese olemasolu vajadust siis, kui patsiendil olid tugevad valud. Ainult lähedase inimese juures olemise võimaldamine, nägemine ja tema kohalolek andsid patsiendile arusaama õe hoolivuse olemusest.

#### **1) Perekonna kohaloleku vajadus**

*V4:... hoolivus tähendab perekonda, abikaasat, kes sust hoolivad, nende kohaloleku vajadus*

*V10: ... muidugi on hea tunne, kui su kõrval on su perekond, sa vajad neid sel ajal haiglas, nad ju hoolivad sinust..., kahjuks puudub haiglas selline võimalus sageli..., isegi kui sul on tugevad valu ja halb olla...*

*V12: ... hoolivuse tunde annab ikka oma inimene ja perekond..., kuid oma lähedasi ei lasta ju juurde...ajal, mil sa nii vajaksid neid*

#### **2) Tuttava õe kohaloleku vajadus**

*V11: ...ma tunnetasin seda kõike, et kui oma tuttav X medõde, siis noh, sa tunned kohe, et Sinust hoolitakse..., ja sa vajad seda kõike, kui oled haige*

*V8: ... valude puhul on ju väga oluline, et sinu kõrval on tuttav õde, kes saab sulle abi anda. Sa saad õele öelda, et ei, mul on ikka veel väga valus või et nüüd hakkab juba paremaks minema...*

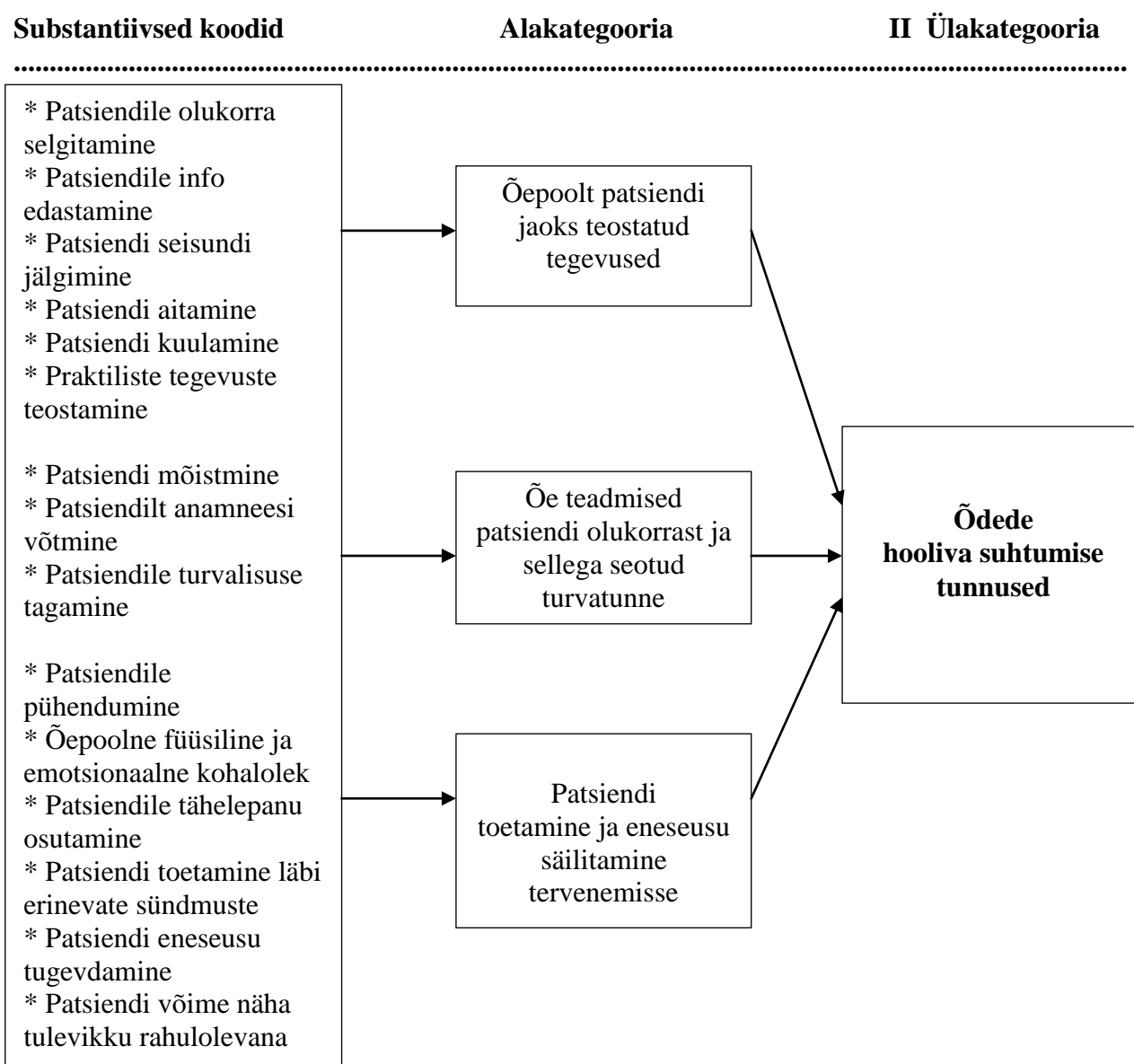
### 3) Kolleegi kohaloleku vajadus

V5: ... üks minu kolleeg teeb alati nalja ja isegi siis, kui ma väga haige olin, aga ta ajas mu alati naerma ja ma tundsin, kuidas ta hoolib minust..., ma tahaksin, et ta oleks kogu aeg minu juures...

V4: ... ma tunnetasin hoolimist ja seda kõike..., sest ega ta seda mulle mööda minnes ei öelnud, vaid ta tuli minu juurde ja tundis mulle kaasa..., üks õde lubas alati kolleegi minu juurde ja ega me õde seganud ka sellega...

### 4.2. Õdede hooliva suhtumise tunnused

Teine ülakategooria *Õdede hooliva suhtumise tunnused* moodustus neljast alakategooriast: õe poolt patsiendi jaoks teostatud tegevused, õe teadmised patsiendi olukorrast ja sellega seotud turvatundest, patsiendi toetamine ja eneseusu säilitamine tervenemisse (vt Joonis 4).



Joonis 4. II Ülakategooria – Õdede hooliva suhtumise tunnused

#### 4.2.1. Õepoolt patsiendi jaoks teostatud tegevused

Patsientide arusaamu õe hooliva suhtumise tunnustest kirjeldati läbi õe tegevuste: 1) patsiendile olukorra selgitamine; 2) patsiendile info edastamine; 3) patsiendi seisundi jälgimine; 4) patsiendi aitamine; 5) patsiendi kuulamine; 6) praktiliste tegevuste teostamine. Patsientidele oli oluline, et õde selgitas neile teatud olukordi ning seeläbi edastas vajalikku informatsiooni. Samas peeti oluliseks, et õde jälgib pidevalt patsientide seisundit ja omab kontrolli patsiendi seisundi üle. Hoolivaks suhtumise tunnuseks nimetati ka patsiendi aitamist ka kõige lihtsamates toimingutes. Patsiendi kuulamist peeti samuti oluliseks ja väga oskuslikuks tegevuseks. Ükski uuritav ei jätnud kirjeldamata õe praktilisi tegevusi, mille all toodi välja ravimite jagamisi, süstimisi, vere võtmist analüüsiks ja veenikanüüli paigaldamist või vahetamist.

##### 1) Patsiendile olukorra selgitamine

*V4: ...õde tuli minu juurde ja seletas kõik lahti, mida ja kuidas tehakse...*

*V8: ...õde selgitas näiteks, mis võib juhtuda, mis protseduure tehakse, kuidas see välja näeb...*

*V11: ...minu arust olid mu haavaõmblused väga koledad ja mina küsisin õe käest. Õde nii kenasti selgitas mulle haava paranemise etappe ja et haav ei jää selline hirmus...*

##### 2) Patsiendile info edastamine

*V4: ...ma teadsin, mis minust edasi saab,... mulle räägiti, et mida üldse hakatakse minuga edasi tegema*

*V8: ... mulle kirjutati kõik paberile, kuidas nüüd edasi ja kuidas ma ravimeid pean võtma...*

*V3: ... seal jagati ka infovoldikuid, kuid see pole päris see, mis ikka õde ise sulle edastab...*

##### 3) Patsiendi seisundi jälgimine

*V4: ... teeb sulle süsti seal või... ja ta jääb natuke ootama, ta ei lähe minema, vaid jääb ootama, et kas see nüüd mõjus või ei mõjunud, see on väga tähtis...*

*V7: ... tuli tegi süsti, tilgutisse pandi valuvaigistit sisse ja jälgiti mind, natukese aja pärast – no kas on nüüd natuke parem, kas läks nüüd kergemaks...ja see on väga tähtis, et õde küsiks...*

*V9: ... klistiiri tegemise ajal oli ta kogu aeg mu kõrval ja muud kui päris, kuidas on ja ega valu ei lisandunud...*

##### 4) Patsiendi aitamine

*V2:... ma ei saanud oma haige käega kampsunit selga, õde tuli kohe appi....*

*V7: ...no, et ta tuleb alati vastu sulle, ükskõik mis sul on, et ta aitab sind igati, mitte ei kao ära...*

## **5) Patsiendi kuulamine**

*V4: ... ja sind kuulatakse, kui pöördun õe poole...*

*V10: ... hooliv suhtumine on see, et ta kuulab ilusti ära, mis sul viga on ...*

*V9: ... kuulamine, see on väga raske töö ja seda peab oskama, teist inimest kuulata, see on sama, et sa lähed just kui selle inimese enda sisse ja saad tast aru..., õel peavad olema „pikad kõrvad“, et patsiente kuulata...*

## **6) Praktiliste tegevuste teostamine**

*V1: ... põhiline, mida õde tegi, olid minu süstimised...ja tabletid. Ah jaa, üks kord vahetati kaniüüli ka...*

*V8: ... õde jagas mulle iga päev ravimeid, hommikul võttis vereanalüüsid, üks kord vahetas ka kaniüüli ja ega seal rohkemat ei olnudki...*

*V6: ...jagas tablette, võttis verd, süstis, kui mul valud olid....*

### **4.2.2. Õe teadmised patsiendi olukorrast ja sellega seotud turvatunne**

Alakategooria õe teadmistest patsiendi olukorrast ja sellega seotud turvatundest moodustus kolmest substantiivsest koodist: 1) patsiendi mõistmine; 2) patsiendilt anamneesi võtmine; 3) patsiendile turvalisuse tagamine. Patsiendid saavad väga hästi aru, kui õde küsitleb ja võtab anamneesi selleks, et olla paremini teadlik patsiendi olukorrast. Selline hooliv suhtumine annab patsiendile turvatunde, et kõik on kontrolli all.

### **1) Patsiendi mõistmine**

*V13: ... õde peab ikka mind mõistma, kuis ta muidu minu olukorda oskaks hinnata või aru saada...*

*V2: ... kui õde juba mind mõistis poolelt sõnalt, siis ta juba kohe teadis minu olukorda, et tegutseda...*

### **2) Patsiendilt anamneesi võtmine**

*V10: ...õde muudkui päris ja küsis..., .... ma veel ütlesin, et nüüd olen nagu uurija juures, kuid õde vastas lahkelt ja naeratavalt, et jah, mina olengi uurija ja tahan teada sinust kõike, aga eriti sinu haigusanamneesi ja ravi...*

*V7: ... eks nad vahepeal väsitavad ka oma küsimistega, kuid ma tean, õdedel on seda teadmist ju sinust kui haigest vaja..., ... kuidas nad muidu oskavad siis tegutseda, kui nad sinust midagi ei tea...*

### **3) Patsiendile turvalisuse tagamine**

*V14: ... ega jah, ilma teadmiseta patsiendist midagi ei saa teha, muidu veel kujuneb välja midagi hirmsat....*

*V3: ... mu palatikaaslane memm oli selline dementne ja nii rahutu..., ... õde kontrollis kogu aeg, et memm voodist välja ei kukuks ja asetas voodi ümber need kaitsevõred...*

*V1: ... õde märkas, et ma käin ringi villaste sokkidega ja ta selgitas mulle, et villased sokid on põranda peal libedad..., .... õde maintses mind, et kukkuda ei tohi, see on kohustus...ise mõlemad koos naersime...ja tõi mulle sussid...*

#### **4.2.3. Patsiendi toetamine ja eneseusu säilitamine tervenemisse**

Alakategooria patsiendi toetamine ja eneseusu säilitamine moodustus kuuest substantiivsest koodist: 1) patsiendile pühendumine; 2) õepoolne füüsiline ja emotsionaalne kohalolek; 3) patsiendile tähelepanu osutamine; 4) patsiendi toetamine läbi erinevate sündmuste; 5) patsiendi eneseusu tugevdamine; 6) patsiendi võime näha tulevikku rahulolevana. Õdede hooliva suhtumise tunnuste all kirjeldasid uuritavad õde, kes on iga oma sõnaga täielikult pühendunud patsiendile. Seejuures on õde patsiendiga samas ruumis, kuid patsient vajab ainult silmside õega, peaasi, et ei oldaks üksinda. Samas on ka hea tunne, kui õde oma malbe kõne ja hääletooniga pakub patsiendile hoolivat suhtumist ning lihtsat patsiendi tähelepanemist. Samas kirjeldasid uuritavad väga palju erinevaid sündmusi, mis oli neid tabanud. Koos õega leiti lahendusi patsiendi probleemidele, toetades patsienti oma abi pakkumisega. Selline patsiendi toetamine õe poolt tagas patsiendile rahu, et kõik saab korda. Lisaks kirjeldasid sageli uuritavad, et neil olid surmamõtted, seoses oma haigusega ja olukorraga. Nad olid kaotanud igasuguse eneseusu terveks saada, kuid õe hooliv suhtumine aitas neil üle saada haiguse nõrdimusest, saada oma haigusest teadlikumaks ja saada tugevamaks, et võidelda oma haigusega ning näha tulevikku rahulolevana. Sellist õepoolset patsiendi eneseusu säilitamist peeti uuritavate poolt väga tähtsaks õe hooliva suhtumise tunnuseks.

#### **1) Patsiendile pühendumine**

*V8: ... õde pühendus mulle iga oma sõnaga, iga oma liigutusega..., ja ma arvan, et ta tegi seda südamega...*

*V3: ... mul olid valud ja oleksin soovinud mugavamat asendit..., ...õde pühendus mulle täielikult ja lisaks valu ära võtmisele ja mugavama asendi leidmisele ta veel lihtsalt küsis kõike ise veel juurde..., ... ka nii on parem, kas teeme nii või hoopis soovid naa...*

## **2) Õepoolne füüsiline ja emotsionaalne kohalolek**

*V12: ... ma sooviksin, et õde oleks lihtsalt minuga ühes palatis, ta ei pea minuga isegi mitte rääkima...*

*V8: ... õe hääletoon ja malbe kõne ja kehakeel ja naeratus, see on selline emotsionaalne tugi, et noh õde on koos minuga...*

*V3: ...me olime õega ühes ruumis, me ei rääkinud sõnakestki, kuid õde pidevalt naeratas mulle sealt oma tooli pealt, see on väga oluline minu jaoks...*

## **3) Patsiendile tähelepanu osutamine**

*V1: ... see õde oli hästi tähelepanelik minu suhtes..., .... mul oli tekk maha kukkunud, õde lihtsalt tuli ja tõi mulle uue puhta teki ja päris ka veel, ega ma nüüd külma saanud vahepeal... nii armas õde*

*V12: ... õde märkas, et öökapil oli tass veest tühi, ta tuli minu juurde ja küsi, kas ma sooviksin juua ja tõi mulle puhta vee tassiga...*

*V10: ... mul oli tütreka tüli ja silmad läksid vägisi märjaks..., ...õde märkas seda ja kohe päris, milles viga, et ehk saab aidata...*

## **4) Patsiendi toetamine läbi erinevate sündmuste**

*V10: ... mul oli korraga nii palju probleeme ja erinevaid sündmusi..., mees ka haiglas, haige koer jäi kodu, lehm nakas poegima ja ma ei tea kohe, kuidas üldse olla..., ... nüüd mina ka veel siin sant..., ... üks kaunis heleda peaga õde aitas mul asjad ja probleemid panna paika tähtsuse järjekorras ja siis koos leidsime lahendusi..., ... õde toetas ja pakkus kohe oma abi, kui ma peaksin veel midagi vajama..., lõpuks ma olin nii rahulik ja kõike tänu õekesele, asjad said kõik korda...*

*V2: ... õde toetas mind väga palju selles, et ma saaksin terveneda ja oma haigusega iseseisvalt hakkama...*

## **5) Patsiendi eneseusu tugevdamine**

*V7: ... õde kurjustas minuga, et ei tohi kogu aeg surmale mõelda, sul on siin elus veel nii palju teha, lastelastel on vaja vanaema ..., ... ega õige ta on, kui keegi sind paika ei pane ja maa peale ei too, siis võibki surm tulla...*

*V11: ... ma oli kaotanud igasuguse eneseusu terveks saada, kuid õde oli see, kes süstis minusse usku, et edasi võidelda ja saada tugevamaks ja teadlikumaks oma haigusest...selline utsitamine on väga haigele inimesele väga vajalik...*

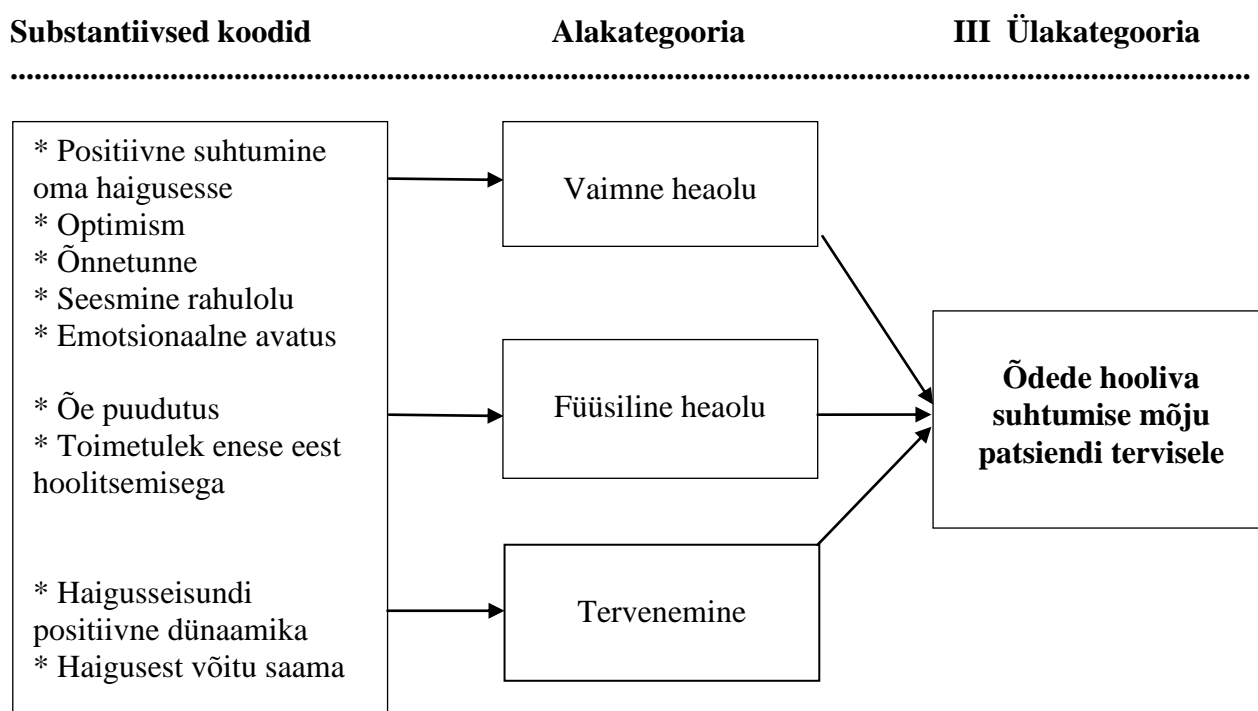
## 6) Patsiendi võime näha tulevikku rahulolevana

V4: ... paari nädala möödudes saigi mu abikaasa terveks, lehm poegis kenasti ja mina olen ka jälle jalgu peal..., ... elu on nii ilus ja elamist väärt...

V7: ... ega ma olen elu aeg olnud selline pessimist, kuid näe, ka vanainimest, on võimalik ümber keerda..., .... ma olen sellele õele väga tänulik, ilmselt elu lõpuni tänulik, sest nüüd ma olen siin oma lillekeste ja oma maja keskel...

### 4.3. Õdede hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele

Kolmanda ülakategooria *Õdede hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele* moodustasid kolm alakategooriat: vaimne heaolu, füüsiline heaolu ning tervenemine (vt Joonis 5).



Joonis 5. III Ülakategooria – Õdede hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele

#### 4.3.1. Vaimne heaolu

Patsientide arusaama õdede hooliva suhtumise mõjust patsiendi tervisele kirjeldati läbi vaimse heaolu, mis omakorda moodustus viiest substantiivsest koodist: 1) positiivne suhtumine oma haigusesse; 2) optimism; 3) õnnetunne; 4) seesmine rahulolu; 5) emotsionaalne avatus.



Uuritavad kirjeldasid õdede hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele läbi õdede ja patsientide vestluste, kus nad mõistsid, et positiivne suhtumine oma haigusesse on kõige alus. Oma haigusega tuleb läbi saada ja olla optimistlik, et kõik saab korda. Uuritavad kirjeldasid veel, et optimismil on oluline mõju nende tervenemisele. Kui eelpool kirjeldatu oli saavutatud, siis olid patsiendid seesiselt rahulolevad ja sageli mainiti suisa õnnetunnet. Oluliseks peeti ka seda, et mitte kõik patsiendid ei oska või ei taha vastu võtta õe emotsionaalset avatust. Kuid siiski mainiti, et kui patsiendina ise olla avatud ja võtta vastu õe poolt pakutud avatust, tuntakse endid inimestena, kellest hoolitakse.

### **1) Positiivne suhtumine oma haigusesse**

*V7: ...ma olin kohe muserdunud oma haigusest, kuid õe hooliv suhtumine minusse ja tema pikad õhtused vestlused minu voodil aitasid mul oma haigusega leppida. Nüüd on mul oma väike sõber ja ma püüan temaga paremini läbi saada...*

*V4: ...õde aitas mul mõista seda, et haigus on sinu sees ja sinu oma, sa pead proovima leppida..., ... nüüd mõtlen hoopis teistmoodi ja minu haigus on tõepoolest minu enda oma ja ma saan sellega hakkama...*

*V10: ...positiivne suhtumine on kõige alus, isegi siis, kui oled haige ja sul on muresid..., ...üks õde ütles mulle seda iga päev... ja nüüd ma olen leppinud oma haigusega ja suhtun sellesse positiivselt...elada on ju vaja...*

### **2) Optimism**

*V3: ...ma olen optimist – me kordasime seda koos õega iga päev..., ... isegi kui ma tean, et mul on väga raske haigus ja enamus sureb sellesse..., ...kuid kui ma lasen ennast lörri, siis haarab haigus mu endaga taevasse...*

*V12: ... sellise raske haiguse puhul nagu minul peab vist olema optimist, teisiti ilmselt ei saa kohe..., ... eriti kui seda teadmist on sulle jaganud veel haritud õde, tema teab ju täpselt, kuidas ja mida, tal ju kogemusi paljude haigetega...*

*V1: ... me lõpetasime õega vetluse ja ma sain aru, et minu enda optimism on suur osa minu tervenemisest...*

### **3) Õnnetunne**

*V8: ... see on selline sõnulseletamatu õnnetunne, kui sinust hoolitakse ja sinusse suhtutakse väga kenasti, eriti veel, kui oled raskesti haige..., õde saab ikka väga palju teha selle jaoks, et patsient oleks õnnelik...*

V6: ... öeldakse ju küll, et igaiüks on ise oma õnne sepp, kuid õnnetunnet saab jagada ka õde, mina igal juhul olen õele selle tunde eest väga tänulik...

V11: ... õde tegi mind ükspäev nii õnnelikuks oma suhtumisega minusse, et ta ma kohe hakkasin nutma, kuid need olid õnnepisarad...

#### **4) Seesmine rahulolu**

V5: ... kui õde suhtleb sinuga, on sinu kõrval ja selgitab asju ja olukordi, siis mul tekib seesmine rahulolu, et nii ongi ja nii peabki...

V2: ... ega haigus võib sind vahel nii endast välja viia, eriti kui keegi ei suhtle sinuga ega keegi ei selgita asjaolusid, kuid õde on tavaliselt ikka ainus inimene, kes oskab sinus rahulolu tagasi tuua ja sellest piisab, kas või hetkeks, kuid seegi asi...

#### **5) Emotsionaalne avatus**

V9: ... tegelikult ma näen küll kõrvalt, et õde püüab olla väga avatud patsientidega, kuid ega iga patsient seda vastu ka võta..., ... vahel võiks ju õega koos naerda ja kas või koos nutta kui vaja...

V3: ... õe emotsionaalne avatus on õe kõige ülim tööriist, vahel lihtsalt tahaks haiglas õega avatult rääkida ja selline avatus laseb unustada, et oled haige ja räägid õega. Õe avatus näitab, milline inimene ta on – nagu väike päike meie haiguse kõrval...

V1: ... õe emotsionaalne avatus aitab mul kui patsiendil tunda ennast inimesena, kellest hoolitakse ...

#### **4.3.2. Füüsiline heaolu**

Patsientide arusaama õdede hooliva suhtumise mõjust patsiendi tervisele kirjeldati läbi füüsilise heaolu, mis omakorda moodustus kahest substantiivsest koodist: 1) õe puudutus; 2) toimetulek enese eest hoolitsemisega. Enamus uuritavaid nimetasid ära õe puudutuse, mis andis patsiendile hea tunde, et sinust hoolitakse. Õe puudutus võis olla ka ilma sõnadeta, piisas lihtsast soojast ja inimlikust puudutusest. Samuti peeti uuritavate poolt oluliseks, et nad saaksid ise enese eest hoolitseda. Õe hooliv patsiendi puudutamine ja vajalike toimingute ettenäitamine ja õpetamine tagasid patsientidele füüsilise heaolu, mis mõjutas nende tervist.

##### **1) Õe puudutus**

V11: ... kui ta oma käe minu õlale pani, siis ma tundsin, et ma ei ole üks, see oli imeline tunne...

V14: ... teinekord ei olegi vaja sõnu, vaid piisab soojast ja inimlikust puudutusest, see on väga hea tunne, kui sinust hoolitakse...

*V2: ... õde võttis mul käest kinni, vaatas silma sisse ja lihtsalt hoidis, me mõlemad teadsime, et haigus lõppeb sel korral surmaga...*

## **2) Toimetulek enese eest hoolitsemisega**

*V6: ... see on selline füüsiline heaolu, kui saad ise hommikul ennast pesta ja ise tualetis käia..., seda kõike enesega toimetulekut õpetas mulle meie osakonna õde..., ... ta näitas mulle isegi ette, kuidas ma näiteks voodist peaksin tõusma...*

*V3: ... õe suhtumine minusse oli see, et ma nüüd ise oma toimetamistega hommikul hakkama saan..., ... õde muudkui kiitis ja innustas mind oma jutuga...*

### **4.3.3. Tervenemine**

Patsientide arusaama õdede hooliva suhtumise mõjust patsiendi tervisele kirjeldati läbi tervenemise, mis omakorda moodustus kahest substantiivsest koodist: 1) haigusseisundi positiivne dünaamika; 2) haigusest võitusaamine. Väga oluliseks peeti uuritavate poolt haigusseisundi positiivset dünaamikat, milles kirjeldati kliiniliste näitajate normaliseerumist ja selle head mõju tervisele. Viimane saavutati läbi lihtsa õe ja patsiendi vahelise vestluse. Selline õe hooliv suhtumine mõjutas patsiendi tervist sedavõrd, et seda kirjeldati kui võitu haiguse üle.

## **1) Haigusseisundi positiivne dünaamika**

*V10: ... mul oli peale verejooksu selline hirm, et suren kohe ära, selline hirm oli...vererõhk tõusis ja süda peksles nagu linnul, ...õde tuli minu juurde...hoidis käest, selgitas olukorda rahulikult ja kindlalt, ta tundus nii usaldusväärne..., peale õega vestlemist vererõhk normaliseerus ja süda oli jälle korras...*

*V4: ... õde oli minu kõrval, kes mind rahustas ja peale seda läks mul süda äkitsi rütmi tagasi..., ...ei olnudki vaja ravimeid...*

*V9: ... mul oli meeletu peavalu..., ... palusin õel endale ravimit tuua..., .... enne seda õde aga vestles minuga rahulikult ja pehme hääletooniga, et ikka, kuidas valu hakkas ja kui kaua on kestnud jne..., ... üht äkki tundsin, et mul ei olegi enam peavalu..., palatinaaber ütles juba enne, et see õde on suisa ravitseja ilma rohtudega...see tõesti oli nii...*

## **2) Haigusest võitu saama**

*V11: ...ma lahkusin haiglast täiesti tervena, mina arvan nii..., ... kuid haigusest võitu sain ma tänu oma õekesele, kes aitas mul tagasi saada usk enesesse ja mõelda alati positiivselt...tema oli see inimene suure algustähega*

*V7: ... mina võin öelda küll, et minu ravis terveks õe positiivne ja lahke suhtumine minusse ja minu tervisesse, ta uskus alati minusse ja aitas seda mul endal ka meeles pidada...selliseid õdesid võiks palju rohkem olla...*

## 5. ARUTELU

### 5.1. Olulisemad tulemused ja nende võrdlus varasemate uurimistööde tulemustega

Poolstruktureeritud intervjuu läbiviimiseks moodustas uurija kirjanduse analüüsi tulemusena kolm ülakategooriat – *õdede hooliva suhtumise olemus*, *õdede hooliva suhtumise tunnused* ning *õdede hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele*. Uuritavate arusaamu kirjeldavad ülakategooriad moodustavad peakategooria, mis sisaldab patsientide arusaamu õdede hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele.

Hooliva suhtumisega õde on võimeline üles näitama empaatiat patsiendi suhtes (Pryds-Jensen jt 1993, Dyson 1996 ja Halldorsdottir ja Hamrin 2008.) Sellest lähtuvalt saame rääkida esimesest väga olulisest erinevusest magistr töö tulemuste ja analüüsitud kirjanduse vahel. Käesolevas uurimistöös kirjeldasid uuritavad õdede hooliva suhtumise olemust läbi õe empaatiavõime, milles nad pidasid väga oluliseks, et õde mõistaks patsienti ning õel oleks soov patsienti aidata. Sellest saab alguse kogu õe hooliva suhtumise olemus. Uuritavad kirjeldasid, et õed peaks oskama mõista patsienti ja patsiendi muret. Näiteks üks uuritav kirjeldas, et ... *see on empaatia kui inimene mõistab teist inimest ning see on õe üks olulisemaid võimeid, kuid kahjuks ei ole kõik õed selleks võimelised*. Kirjanduses tuuakse välja, et empaatiavõimet peetakse hooliva suhtumise väljendajaks, mille alusel patsiendid tajuvad õe hoolivat- või mittehoolivat suhtumist. Tundub, et mujal maailmas peetakse väga loomulikuks õe empaatiat, mis on õe olemise viis ja õe ülim tööriist. Empaatiat ei rõhutanud magistr töö teoreetilises osas kasutatud autorid erilisel moel ja nende uurimistööde uuritavad ei toonud seda oluliselt esile. Siit tulebki vahe, et käesoleva töö uuritavad, pidasid empaatiat väga eriliseks ja pigem harvaesinevaks nähtuseks õdede töös. Uuritavate kirjeldustes saab kõik alguse patsiendi mõistmisest ning seda saab tagada ainult empaatiline õde. Mida on selleks vaja, et arendada õdedes empaatiavõimet? Kas on see üldse võimalik? Või on see kaasasündinud omadus? Kas meil õdedel puudub teadmine selle kohta, et empaatia ja patsiendi mõistmine ongi meie ülim tööriist, mil patsient tajub õe hoolivat suhtumist. Uurija arvab, et ainult õe teadlikkus ei taga patsientidele hoolivat suhtumist. Küll aga on võimalik seda kindlasti õppida ja seejärel hakata oma suhtumist töösse ja patsientidesse muutma. Uurija saab tugineda oma töökogemusele ja leiab, et praktikale tulevad noored õed väljendavad sageli patsiendi suhtes palju enam hoolivat suhtumist kui teevad seda kauaaegsed õed.

Uurijal tekkis enne intervjuude teostamist eelarvamus, et äkki patsiendid ei ootagi õdedelt hoolivat suhtumist, kuna Eesti tervishoiusüsteemi on väga palju kritiseeritud ja haiglas viibimist on sageli patsientide poolt võrreldud nõ konveieri stiilis tööga. Tööga, kus puudub hooliva suhtumise olemus. Oma kolleegide vestluste põhjal saan tuua näite, et konveier stiilis töö ei võimaldagi pakkuda patsiendile hoolivat suhtumist, rääkimata veel „ekstra asjade“ tegemist. Sellises tööstiilis puudub inimlik suhtumine, ei ole õe-patsiendi vahelist suhet, on vaid palun järgmine! Tegevust sooritatakse mehhaaniliselt ja patsient on lihtsalt üks „parandamist vajav objekt“. Ometi on uurija kogenud õena arvamusel, et isegi kui on väga kiire, saab väljendada patsiendi suhtes hoolivat suhtumist. Ka protseduuri ootavale patsiendile on võimalik uksel särada kui päikene ja paluda ta sõbralikul häälel sisse... See eeldab aga õelt empaatiavõimet. Toodud näites, eeldab empaatiline õde, et patsiendil võib seoses eelootava protseduuriga olla hirm ja teadmatus. Selline õe olemise viis, positiivne avatus ja tööstiil tagab aga patsiendile arusaama õe hoolivast suhtumisest.

Tähelepanuväärivaks tulemuseks võib pidada asjaolu, et uuritavad vajavad lähedase inimese kohalolekut aktiivravil viibides. Sama võime täheldada ka kirjandusest, seega on patsiendile väga oluline, et talle võimaldatakse oma lähedasega koos olla. Kuid tähelepanuväärivaks teeb selle asjaolu, mil patsiendid täheldasid, et kahjuks ei luba kõik õed lähedast inimest patsiendi juurde ajal, mil nad seda väga vajaksid. Uuritavate tähelepanekute põhjal on patsientide jaoks õdede hooliva suhtumise olemus eelkõige lähedase inimese kohaloleku vajadus ja selle võimaldamine. Olgu siis selleks patsiendi perekond, tuttav õde või lähedane kolleeg. Patsiendid väidavad, kui õde lubab lähedase inimese nende juurde, siis on neil tunne, et nendest hoolitakse kui patsiendist. Samuti rääkisid uuritavad intervjuudes, et sagedasti räägitakse ja suheldakse nendega rohkem, isegi läbi huumori, heade soovide ja kaasatundmise, kui patsiendi kõrval on lähedane inimene. Siin kohal tekkis uurijal küsimus, et kas on võimalik, et kui patsiendi jaoks keegi lähedane inimene on tema kõrval, siis õed on hoolivamad ja mõistvamad? Uurijana arvan, et sellises olukorras, kui patsiendil on tugevad valud, ootab patsient õe poolt ravi ja oma lähedase poolt pigem emotsionaalset tuge. Ka uuritavate endi poolt mainiti oluliseks lähedase inimese kohaloleku vajadust siis, kui patsiendil olid tugevad valud. Lähedase inimese juures olemise võimaldamine, nägemine ja tema kohalolek andsid patsiendile arusaama õe hoolivuse olemusest. Siit saab uurija järeldada, et õepoolt oodatakse siiski ainult õepoolset luba selleks, et olla koos oma lähedase inimesega. Kahjuks mitte kõik õed ei ole teadlikud asjaolust, et patsient vajab lähedast inimest enda kõrval, saab järeldada uuritavate kirjeldustest. Uurija oletab vaid, et võimaluse puudumise taga võibolla õe mitteteadlikkus, osakondades kehtestatud reeglid, ruumipuudus või segab õe tööd ruumis viibiv patsiendi lähedane.

Oluline on, et õde lähtub patsiendi soovist ja vajadusest. Uuri ja arva, et isegi kõige väiksemas ruumis on olemas alati koht patsiendi lähedase jaoks. Nii nagu uuritavad ise kirjeldavad, et neile piisab kas või sellest, kui nad lihtsalt näevad oma lähedast samas ruumis. Vastupidise näitena saab välja tuua kirjandusest, et haigla keskkonnas ravil viibiv patsient on sageli häiritud erinevatest faktoritest. Kõige sagedasemaks häirivaks faktoriks nimetasid patsiendid õdede mittehoolivat suhtumist. Sellise mittehooliva suhtumise mõjul nimetati patsientide poolt nii füüsilise, vaimse kui emotsionaalse seisundi halvenemist. (Berterö 1999.) Haigla keskkonnas tajub patsient sageli häirivaid faktoreid veelgi võimsamana ning seetõttu võib tajuda patsient õdede mittehoolivat suhtumist palju enam. Uuri ja arva, et mitte ükski õde ei ole rahulolev selle üle, kui tema patsiendi seisund halveneb ja haiglas viibimise aeg pikeneb. Seetõttu saame järeldada, et meil õdedel on olemas kõige lihtsam võimalus selleks, et lubada patsiendile tema lähedase inimese kohalolek ning patsiendid tunnevad ennast õepoolt palju rohkem hoolivana ja rahulolevana. Lisaks arva, et lähedase inimese kohaloleku võimaldamine, tagab ka patsiendi lähedaste poolt parema suhtumise töötajatesse ja tervishoiusüsteemi tervikuna.

Käesoleva uurimistöö uuritavad kirjeldasid õdede hooliva suhtumise olemust väga sarnaselt kirjanduses täheldatuga. Lisaks õe empaatialle kirjeldasid uuritavad veel õe olemise viisi, õe hoolivat tööstiili ning lähedase inimese kohaloleku vajadust. Kõik eelpool nimetatud tunnused on välja toodud ka teiste uurijate poolt (Fagerström jt 1999, Dyson 1996, Halldorsdóttir ja Hamrin 2008, Brilowski ja Wendler 2005). Kõige sagedamini kirjeldati hoolivat suhtumist teiste autorite andmetel läbi õe olemise viisi ja läbi õe hooliva tööstiili (Halldorsdóttir ja Hamrin 2008, Brilowski ja Wendler 2005). Käesolevas uurimistöös toovad uuritavad välja õe omadusi mida nad kirjeldavad kui naerusuist-, avatud-, lahkete- ja usaldusväärset õde. Intervjuudest selgus, et õdede hooliv suhtumine väljendub läbi õe olemise viisi. Mis on ka arusaadav, kuna inimesel on kergem seda mõista ja kirjeldada, mida ta näeb. Kirjanduses on samuti ära toodud, et väga oluline on patsiendiga suhtlemisel õe avatus ja teiste märkamine (Wiman ja Wikblad 2004). Uuritavate intervjuudest selgus, et õe olemise viis hõlmab just õe positiivseid iseloomuomadusi. Seetõttu on õe positiivne suhtumine patsientidesse väga tugevalt seotud patsiendi mure märkamisega. Samuti järeldasid Brilowski ja Wendler (2005), et õe hoolivus hõlmab teiste pärast muretsemist. Seega saab järeldada, et enne kui õde hakkab pakkuma patsiendile lahendusi, peab olema õde märganud patsiendi abivajadust. Märkamine aga tähendab teise pärast muretsemist. Weaver jt (2008) järeldasid sama, et hooliva õe omaduseks on kindlasti eetiline tundlikkus, mis seisneb õe võimes märgata abivajajat, olla avatud ning sobival viisil lahendada patsientide muresid. Teiseks sarnasuseks uurijate Henry (1975), Brilowski ja Wendler (2005) tulemustega võrreldes, on õe hooliv tööstiil.

Uuritavad kirjeldasid õepoolset kohest tegutsemist, lahenduste leidmist ning patsiendi soovidega arvestamist. Sageli olid selleks õepoolsed tegevused, et vastu tulla patsientide soovile. Uuritavad kirjeldasid erinevaid situatsioone, mil õde leidis lahendusi ja tegutses koheselt, arvestades patsiendi soovidega. Uuritavd tõid näiteid, et kui patsient pöördus õe poole siis õde kohe tegutses ja püüdis leida lahendusi, mitte ei oodanud sellega. Selline õe hooliv tööstiil väljendus uuritavate arvates õdede hooliva suhtumise olemuses, mil õed tegid sageli nn „ekstra asju“ selleks, et arvestada patsiendi soovidega ja sellega olla patsiendi suhtes hooliv. Samuti tuuakse kirjanduses välja, et õepoolt „ekstra asjade“ tegemist oli kirjeldatud uuritavate poolt kõige enam (Henry 1975). Kui minna tagasi uuritavate kirjelduste juurde siis sarnaselt kirjandusega kirjeldasid uuritavad erinevaid situatsioone, mil õde tegi patsiendi jaoks nn „ekstra asju“. Nendest kirjeldustest saab järeldada, et õde ei teinud siin midagi, mida saaks nimetada õe tööks. Õde tegutses lihtsalt kui inimene, kes märkas abivajajat. Õde tegi ühe väga lihtsa tegevuse, kuid patsiendi jaoks väga olulise tegevuse, mil patsient tundis, et õde hoolib temast ja õele läheb korda patsiendi soovidega arvestamine (näide andmebaasist: ... *mul oli samas haiglas ka abikaasa, ainult, et teises osakonnas, igatsesin tema järele..., nii kui ma sellest õele rääkisin, sõidutas ta minu kohe teise osakonda „kohtingule“, nii me koos naersime, et just „kohtingule“*). Haiglas on igapäevaselt rohkelt selliseid situatsioone, mil õde on sageli rollis, kus ta teeb lihtsaid, kuid ometi patsientide jaoks olulisi tegevusi, mil patsiendid tajuvad õe hoolivat suhtumist. Uuriija arvamus on, et see on inimlikkus – õe olemise viis ehk suhtumine positiivselt nii iseendasse kui teistesse. Berterö (1999) väidab, et hoolival suhtumisel ongi kaks kuju: hoolida endast ja hoolida teistest. Koos selle vastutusega teise inimese näol kaasneb õe-patsiendi suhte ja mõlema osapoolega kaasneva jõu väärtustamine. Eelpool kirjeldatud õe olemise viis ja õe hooliv tööstiil on väga tugevalt seotud õe eetilise väärtusega. Autorid Carper (1979), Fry (1988) ja Kurtz ja Wang (1991) järeldasid samuti, et hooliv suhtumine hõlmab neid omadusi mis esindavad meie inimlikkust – inimese austamist, inimese märkamist, inimese väärtusi, inimeste vastastikust austust ja mõistmist, muret kellegi pärast. Sellest tulenevalt on ka kirjanduses mitmed autorid kirjeldanud hoolivat suhtumist kui eetilist väärtust (Carper 1979, Fry 1988, Kelly 1988, Kurtz ja Wang 1991), viidates sellele, et hoolival suhtumisel on moraalne komponent seoses teisest inimesest hoolimisega. Uurijana ja kauaaegse õena arvan, et hoolivat suhtumist saab pakkuda õde, kes on ise pärit hoolivast keskkonnast. Selline teistest hooliv suhtumine ja abivajaja märkamine saab alguse juba lapsepõlvkodust. Sageli võtame kodust kaasa nn standardid, ellusuhtumise ja mõistmise, mis väljendavad meie edasises elus ja töös hoolivat suhtumist ka teistesse.



Lisaks selgus veel kirjanduse analüüsi tulemusel sarnasus, võrreldes käesoleva uurimistöö tulemustega, et õdede hoolival suhtumisel on otsene mõju patsiendi tervisele (Hilt 1993, Fealy 1995). Kõige olulisem mis kirjanduses välja oli toodud, oli see, et õe hooliva suhtumise tulemusel patsiendid tervenesisid haigusest kiiremini (Hinds 1988, Hartman 1998, Wing 1999). Patsiendid saavutasid turvatunde, kõrgeenenud enesehinnangu ning hirmu ja ärevuse vähenemise. Samuti kirjeldati positiivset vaimset- ja füüsilist heaolu, mis tulenes sellest, et patsiendid olid võimelised ise enese eest hoolt kandma. Käesolevas uurimistöös kirjeldasid uuritavad sarnaselt kirjanduses järeldatuga, et õdede hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele on positiivne. Uuritavad kirjeldasid, et vaimne heaolu saavutatakse läbi õdede ja patsientide vestluste, kus nad mõistsid, et positiivne suhtumine oma haigusesse on kõige alus. Oma haigusega tuleb läbi saada ja olla optimistlik, et kõik saab korda. Uuritavad kirjeldasid veel, et optimismil on oluline mõju nende tervenemisele. Kui eelpool kirjeldatu oli saavutatud, siis olid patsiendid seesmiselt rahulolevad ja sageli mainiti suisa õnnetunnet. Välja toodi ka seda, et mitte kõik patsiendid ei oska või ei taha vastu võtta õe emotsionaalset avatust. Kuid siiski mainiti, et kui patsiendina ise olla avatud ja võtta vastu õepoolt pakutud avatust, tuntakse endid inimestena, kellest hoolitakse. Ka Wiman ja Wikblad (2004) järeldasid, et väga oluline patsientidega suhtlemisel on õe avatus ja teiste märkamine. Ka uuritavad kirjeldasid, et õe avatus ja positiivne hoiak õe-patsiendi suhte käigus aitavad patsiendil suhtuda ka ise oma haigusesse positiivselt. Füüsilise heaolu all kirjeldasid enamus uuritavaid ära õe puudutuse, mis andis patsiendile hea tunde, et sinust hoolitakse. Õe puudutus võis olla ka ilma sõnadeta, piisas lihtsast soojast ja inimlikust puudutusest. Samuti peeti uuritavate poolt oluliseks, et nad saaksid ise enese eest hoolitseda. Õe hooliv patsiendi puudutamine ja vajalike toimingute ettenäitamine ja õpetamine tagasid patsientidele füüsilise heaolu, mis mõjutas nende tervist. Tervenemise all peeti uuritavate poolt väga oluliseks haigusseisundi positiivset dünaamikat, milles kirjeldati kliiniliste näitajate normaliseerumist ja selle head mõju tervisele. Viimane saavutati läbi lihtsa õe ja patsiendi vahelise vestluse. Selline õe hooliv suhtumine mõjutas patsiendi tervist sedavõrd, et seda kirjeldati kui võitu haiguse üle. Toetudes eelpool uuritavate kirjeldustele saab välja tuua olulise sarnasuse Swansoni hoolivuse teooria olemusega, milles on rõhk asetatud õe-patsiendi suhte rajamisele ning mille peamiseks eesmärgiks on patsiendi hea tervis. Swansoni poolt pakutud õe-patsiendi suhe kogu oma täiuses võimaldab protsessi, milles patsiendile on antud vajalikud vahendid tema tervise heaolu saavutamise suunas. Veelgi enam, selline usaldusväärne õe-patsiendi suhe on kasulik patsiendile pinge, ebakindluse, ärevuse ja stressi leevendamisel. Uurijana arvan, et samuti pakub selline õe-patsiendi vaheline suhe ka õdedele endile rahulolu ja positiivset suhtumist oma patsientidesse ja oma töösse. Sellist õe-patsiendi suhet on Swanson oma hoolivuse teoorias nimetanud ka teraapiliseks suhteks.

Millest saab järeldada, et õde peab olema pidevas ja hoolivas suhtes patsiendiga, kuna ta juhendab patsienti läbi haiguse hea tervise ja enesega rahulolu taastamise suunas ja seda mitte ainult füüsilises mõttes, vaid ka emotsionaalses, vaimses ja isegi hingelises mõttes.

## **5.2. Eetilised aspektid**

Antud uurimistöös kasutati kvalitatiivset metoodikat. Uurija kehtestas kriteeriumid, et leida neile vastavad uuritavad. Uuritavateks valiti, lähtuvalt uurimistöö eesmärgist, inimesed, kes said uurijat kõige enam informeerida ja uuritavat nähtust kirjeldada. Uuritavate kriteeriumide rakendamisega soovis uurija tagada töö usaldusväärsuse. Selle nõude uurija täitis. Drew (1986), Morse ja Field (1996), Burns ja Grove (2005) kirjeldasid, et andmed, mida meenutatakse mälust, ei ole kogutud eesmärgiga üldistada suuremaid populatsioone, vaid pigem täiendada ja rikastada seda, mida me mõistame kogemusena. Peamine on aru saada, kuidas erinevad inimesed tajuvad erinevaid fenomene ehk kuidas inimesed tajuvad endid ümbritsevas maailmas. Seetõttu ei saa teha järeldusi uurimistöö üldkogumi kohta. Uurija oli eesmärgiks seadnud leida uuritavad läbi perearstikeskuste. Selleks riputati üles perearstikeskustesse üleskutsed potentsiaalsetele uuritavatele osalemaks uurimistöös. Uurijale endalegi ootamatult kujunes aga välja tõsiasi, et meie perearstid on nii abi- ja koostöövalmid, kuna sagedasti oli selleks perearst ise, kes juhtis patsiendi tähelepanu uurimistöö üleskutsele. Sel juhul võib tekkida küsimus patsiendi vabatahtlikkuse osas, kuna võib vaid oletada, et patsient on sageli oma perearstist sõltuv. Võib olla mõne uuritava otsustamist kallutas perearsti soovitus või mittesoovitus. Siinkohal ei osanud uurija sellist olukorda ette näha, sest uurija teavitas perearstkeskuse töötajaid uuritavate vabatahtlikkusest. Uuritavad olid teadlikud uurimistöö eesmärgist, uurimismeetodist ja saadud teabe kasutamisest. Uuritavatele oli tagatud anonüümsus. Intervjuude tekstide ärakirjad kodeeriti ja neid säilitatakse ainult uurijale kättesaadavas kohas. Samuti oli uuritav teadlik, et tal on uurimistöös osalemise katkestamise õigus mistahes uurimistöö etapis ja seega on tal õigus keelduda ka kordusintervjuudest. Kordusintervjuu teostamise vajadust ei tekkinud. Küll aga helistas uurija neljale uuritavale tagasi, et täpsustada mõningat informatsiooni andmebaasis. Üldkokkuvõttes võib öelda, et uurimistööga ei kaasnenud eetilisi probleeme.

### **5.3. Uurimistöö usaldusväärsuse tagamine**

Kvalitatiivses uurimistöös jääb alati küsimus usaldusväärsuse osas ja kvalitatiivset lähenemist on kritiseeritud just meetodite subjektiivsuse pärast. Uurija ise on kui instrument ning tulemuste kvaliteet, mis on oma olemuselt subjektiivne, tõstatabki küsimusi uurimistöö usaldusväärsuses. (Morse ja Field 1996.) Uurimistöö usaldusväärsus saab tegelikult alguse juba teema valikust, uuritava nähtuse selgusest, andmete kogumise meetodist ning hiljem kogu andmete analüüsi protsessi üksikasjalikust kirjeldamisest ja tulemuste esitamisest. Antud uurimistöös võib usaldusväärsuse tinglikult jagada: mõõtmise usaldusväärsus ja tulemuste usaldusväärsus. Märkimist väärib asjaolu, et kuna uurijale endale oli kvalitatiivse uurimistöö läbiviimine juba teine kogemus, siis sai kirja pandud väga põhjalikult ja üksikasjalikult kirjeldatud uuritavate värbamise, andmete kogumise, intervjuu läbiviimise ja andmete analüüsiprotsess. Selline põhjalik uurimistöö protsessi kirjeldus on hea õppematerjal algajatele uurijatele. Samuti on oluline uurimistöö lugejatele, kus lugeja saab jälgida uurija poolt tehtud järelduste formeerumise protsessi ning klassifitseerimise ja tõlgendamise reeglid on ühemõttelised ja need on esitatud süstemaatiliselt ning võimaldavad kordamist. Lisaks lähtus uurija uurimistöö raporteerimisel COREQ kriteeriumidest (Tong jt 2007).

### **5.4. Uurimistöö kitsaskohad**

Uurimistöö üheks kitsaskohaks kujunes uuritavate värbamise protsess. Uurimistöös osalenud mõningate uuritavate suhtes jäi kahtlus nende vabatahtlikkuse osas. Kas uuritavad avaldasid soovi ise vabatahtlikult osaleda uurimistöös või andis selleks tõuke keegi teine inimene perearstikeskusest. Samas arvab uurija, et intervjuule võib alati keegi kedagi soovitada. Eesmärk ongi ju saada infot, kel on selleks vastav kogemus ja hea eneseväljendamise oskus. Samas kõik uuritavad kinnitasid uurimistöös osalemisest vabatahtlikult oma allkirjaga

### **5.5. Tulemuste olulisuse põhjendamine**

Käesoleva uurimistöö tulemusena saadud kategooriates sisalduv täiskasvanud patsientide arusaam õe hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele on rikkalik ja mitmekülgne - sisaldades elemente hoolivuse olemusest, hoolivuse tunnustest ning hoolivuse mõjust tervisele. Seetõttu saame väita, et käesoleva uurimistöö eesmärk sai täidetud, olles kooskõlas Swanson'i hoolivuse teooriaga mis oli käesoleva magistritöö raamiks.

Samuti oli õigustatud Swanson'i teooriast lähtuv metoodika valik, kuna patsiendid kirjeldasid oma arusaamu läbi endi kogemuste ja arusaamade. Uurimissuund, mis põhineb fenomenoloogilisel filosoofial, on võimalik jõuda uuritavate patsientide poolt kogetu mõistmiseni läbi nende endi arusaamade. Selline metodoloogiline lähtekoht rõhutab kogemuste olulisust ja nende tähendust inimestele ning aktsepteerib kogemusi sellistena nagu need on inimese teadvuses. Saadud tulemused juhivad tähelepanu aga praktikas ja teoorias esinevatele ebakõladele mis võimaldavad mitte ainult aktiivravi osakondadel hinnata oma arenguvajadusi ning planeerida tegevusi patsientide vajadustest lähtuvalt. Tulemustele tuginedes võib väita, et hoolivuse osutamisel aktiivravi patsientidele Eestis tuleb õdede hoolivale suhtumisele rohkem tähelepanu pöörata ning selle arendamisel tuleb arvestada patsientide arusaamadega. Sarnaselt varasemate uurimistööde tulemustega kirjeldasid uuritavad, et õe hooliv suhtumine aktiivras on oluline seetõttu, et õe hoolival suhtumisel on otsene positiivne mõju patsiendi tervisele, mida mitte kõik patsiendid ei saanud väita. Seetõttu on jätkuvalt vaja tegeleda õdede eetika ja suhtlemisealaste teemadega. Alustada tuleb õdede teadlikkuse ja hoiakute kujundamisest. Samuti õdede hooliva suhtumise olemuse ja selle mõju patsientide tervisele selgitamisega, millega tuleb alustada juba tervishoiu kõrgkoolides kui ka õdedele mõeldud täienduskoolitustel. Hea oleks kui haiglates võtaksid õed initsiatiivi ja vaataksid üle haiglateskonna sellise pilguga, et seal oleksid teretulnud võimalikult paljude patsientide lähedased. Eelpool kirjeldatud tegevuste rakendamine praktikasse võimaldab tõsta õendusabi kvaliteeti ning seeläbi tagada haiglas ravil olevale patsiendile parema tervise taastumise ja heaolu.

## **5.6. Uued uurimisprobleemid**

Uurimistöo tulemustele tuginedes saab mõelda, et haiglas viibivate patsientide puhul on vajalik, et õed selgelt väljendaksid oma hoolivat suhtumist. Patsiendid mõistsid õdede hooliva suhtumise olemusena, eelkõige empaatiavõimega õde, kes mõistab ja soovib patsienti aidata ning võimaldab patsiendile lähedase inimese kohalolekut. Küll aga meil puudub teave selle kohta, mida õed ise mõistavad empaatia olemusena ning mis aitaks neil väljendada rohkem hoolivat suhtumist patsientidesse. Samuti järeldus uurimistööst, et hoolival suhtumisel on otsene mõju patsientide tervise taastumisele ja heaolule. Siinkohal saab mõtiskleda, kas on midagi, mis aitab edaspidi patsiente ja õdesid, et nendevaheline usalduslik suhe ja õe hooliv suhtumine võimaldaksid patsientidel kiiremat taastumist või tervenemist haiglas olles. Kas õe hooliv suhtumine muudab haiglasviibimise pikkust? Samuti puudub meil teave selle kohta, kuidas ja millises keskkonnas (perepalat, üksikpalat, üldpalat jne.) patsiendid sooviksid koos olla oma lähedasega. Oluline on, et õed mõistaksid patsiente ning arvestaksid patsientide soovidega.

## 6. JÄRELDUSED

Uurimistöö tulemustele tuginedes võib teha alljärgnevad järeldused:

1. Patsientide arvates peitus õdede hooliva suhtumise olemus õe empaatiavõimes. Patsiendid kirjeldasid, et mitte kõik õed ei ole empaatilised. Uuritavad pidasid väga oluliseks, et empaatiline õde mõistab ja soovib patsienti aidata ning võimaldab patsiendile lähedase inimese kohaloleku. Mujal maailmas peetakse aga väga loomulikuks õe empaatiat, mis on õe olemise viis ja õe ülim tööriist. Empaatiat ei rõhutanud magistr töö teoreetilises osas kasutatud autorid erilisel moel ja nende uurimistööde uuritavad ei toonud seda oluliselt esile. Küll aga leidub sarnasusi käesoleva uurimistöö uuritavate kirjeldustes ja kirjanduses, et patsientide poolt täheldatakse väga sageli just õe olemise viisi ja õe tööstiili. Milles tuuakse välja positiivse õe omadusi, nagu avatud-, lahke- ning usaldusväärne õde. Seetõttu on õe positiivne suhtumine patsientidesse väga tugevalt seotud patsiendi mure märkamisega ehk õe tööstiiliga, milles õde teeb sageli nn „ekstra asju“ ning tegutseb koheselt.

2. Õe hooliva suhtumise tunnused seisnesid millegi tegemises patsiendi jaoks, õe teadmistes patsiendi olukorrast ja sellest tulenevast turvatundest ning patsiendi igakülgsest toetamisest. Uuritavad kirjeldasid väga rikkalikult oma arusaamu läbi endi kogemuste ja rohkete näidetega. Uuritavate kirjeldused olid väga sarnased kirjanduse analüüsil saadud tunnustega, mis viitasid õdede hoolivale suhtumisele.

3. Õdede hooliv suhtumine mõjutab patsientide vaimset ja füüsilist heaolu positiivses suunas ning aitab seeläbi kaasa patsientide tervenemisele. Oluline sarnasus mis ka kirjanduses oli välja toodud, oli see, et õe hooliva suhtumise tulemusel patsiendid tervenesid haigusest kiiremini. Patsiendid saavutasid turvatunde, kõrgeenenud enesehinnangu ning hirmu ja ärevuse vähenemise. Vaimne heaolu saavutatakse läbi õdede ja patsientide vestluste, kus nad mõistsid, et positiivne suhtumine oma haigusesse on kõige alus. Oma haigusega tuleb läbi saada ja olla optimistlik, et kõik saab korda. Optimismil on oluline mõju nende tervenemisele. Kui eelpool kirjeldatu oli saavutatud, siis olid patsiendid seesiselt rahulolevad ja sageli mainiti suisa õnnetunnet. Tervenemise all peeti uuritavate poolt väga oluliseks haigusseisundi positiivset dünaamikat, milles kirjeldati kliiniliste näitajate normaliseerumist ja selle head mõju tervisele. Viimane saavutati läbi lihtsa õe ja patsiendi vahelise vestluse. Selline õe hooliv suhtumine mõjutas patsiendi tervist sedavõrd, et seda kirjeldati kui võitu haiguse üle.

## KASUTATUD KIRJANDUS

Andershed, B., Olsson, K. (2009). Review of research related to Kristen Swanson`s middle-range theory of caring. *Caring Sciences*, 23: 598-610.

Anderson, G. (2002). Examining the extent to which Swanson`s Theory of caring and Caper`s ways of knowing can be identified in the process of midwife-led care. *International Journal for Human Caring*, 5: 340-344.

Baker, C., Diekelmann, N. (1994). Connecting conversations of caring: recalling the narrative to clinical practice. *Nursing Outlook*, 42(2): 65-70.

Beatty, K. D. (2004). Reflection on caring for a home care client using Kristen M. Swanson`s theory of caring. *International Journal for Human Caring*, 8: 61-64.

Benner, P., Wrubel, J. (1989). Caring comes first. *American Journal of Nursing*, 88(8): 1072-1075.

Beck, C. T. (1991). How student perceive faculty caring: a phenomenological study. *Nurse Education*, 16(5): 18-22.

Berterö, C. (1999). Caring for and about cancer patients: Identifying the meaning of the phenomenon „caring“ through narratives. *Cancer Nursing*, 22(6): 414-420.

Bosman, R., Bours, G. J. J.W., Engels, J., de Witte, L. P. (2007). Client-centred care perceived by clients of two Dutch homecare agencies: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45: 518-525.

Boykin, A., Schoenhofer, S. (1993). *Nursing as Caring: A Model for Transforming Practice*. National League for Nursing Press. New York.

Brilowski, G. A., Wendler, M. (2005). An evolutionary concept analysis of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 50(6): 641-650.

Brown, L. (1986). The experience of care: Patient perspectives. *Topics in Clinical Nursing*, 8(2): 56-62.

Burns, N., Grove, S. K. (2005). The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique ja Utilization. W.B.S., Philadelphia.

Carper, B. A. (1979). The ethics of caring. *Advances in Nursing Science*, 1(3): 11-19.

Chinn, P. L., Kramer, M. K. (1995). Theory and Nursing: A Systematic Approach 4th edn. Mosby Year Book, St Louis.

Cresswell, J. W. (2007). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five traditions. Sage Publications, London.

Crigger, N. J. (1997). The trouble with caring: a review of eight arguments against an ethic of care. *Journal of Professional Nursing* 13(4): 217-221.

Cronin, S.N., Harisson, B. (1988). Importance of nurse caring behaviors as perceived by patients after myocardial infarction. *Heart and Lung*, 17(4): 374-380.

Coyne, I. T. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries. *Journal of Advanced Nursing*, 26: 623-630.

Drew, N. (1986). Exclusion and confirmation a phenomenology of patients experience with care givers. *Journal of Nursing Scholarship*, 18(2): 39-43.

Duke, S., Copp, G. (1992). Hidden nursing. *Nursing Times*, 88(17): 40-42.  
Eesti keele seletav sõnaraamat. [www.eki.ee](http://www.eki.ee) (26.01.2014).

Dyson, J. (1996). Nurses conceptualizations of caring attitudes and behaviors. *Journal of Advanced Nursing*, 23(6): 1263-1269.

Eesti Haigekassa. <http://www.haigekassa.ee/search> (01.01.2013).

Eesti keele seletav sõnaraamat. [www.eki.ee](http://www.eki.ee) (19.11.2013).

- Elo, S., Kyngäs, H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing*, 62(1): 107-115.
- Erelt, T., Leemets, T., Mäearu, S., Raadik, M. (2006). Eesti õigekeelsussõnaraamat ÕS 2006. AS Pakett. Tallinn.
- Eriksson, K. (1992). Different forms of caring communion. *Nursing Science Quarterly*, 5: 93.
- Euswas, P. (1993). The actualized caring moment: a grounded theory of caring in nursing practice. In *A Global Agenda for Caring*. National League for Nursing, New York, 309-326.
- Eyles, M. (1995). Uncovering the knowledge to care. *British Journal of Theatre Nursing*, 5: 3-20.
- Fagerström, L., Eriksson, K., Bergbom, E. I. (1999). The patient's perceived caring needs: Measuring the unmeasurable. *International Journal of Nursing Practice*, 5(4): 199-208.
- Fealy, G. M. (1995). Professional caring: the moral dimension. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6): 1135-1140.
- Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge: Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. Davis, Philadelphia, PA.
- Finfgeld-Connett, D. (2008). Meta-synthesis of caring in nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 196-204.
- Fowler, M. D. M. (1989). When did „do not resuscitate“ mean „do not care“? *Journal of Critical Care*, 18(4): 424-425.
- Francis, B. (1988). How the Easter bunny came to the I.C.U. *Journal of Advanced Nursing*, 18(3): 26.
- Fredriksson, I. (1999). Modes of relating in a caring conversation: a research synthesis on presence, touch and listening. *Journal of Advanced Nursing*, 30(5): 1167-1176.
- Fry, S.T. (1988). The ethic of caring can it survive in nursing? *Nursing Outlook*, 36(1): 48.



- Funk, M. (1992). Caring. *Journal of Nursing Scholarship*, 24(2): 159.
- Gastmans, C. (1999). Care as a Moral Attitude in Nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 6(3): 214-223.
- Gaut, D.A. (1986). Evaluating caring competencies in nursing practice. *Topics of Clinical Nursing*, 8(2): 77-83.
- Gino, C. (1998). Dear colleague: building pin bridges. *Journal of Advanced Nursing*, 28(7): 10.
- Gonzalez, C. E., Carroll, D. L., Elliott, J. S., Fitzgerald, P. A. & Vallent, H. J. (2004). Visiting preferences of patients in the intensive care unit and in a complex care medical unit. *American Journal of Critical Care*, 13(3): 194-197.
- Gullo, S. (1998). Masters in the art of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 28(5): 10.
- Haigla liikide nõuded. <https://www.riigiteataja.ee/akt/793970> (19.12.2013).
- Halldorsdottir, S., Hamrin, E. (2008). Caring and uncaring encounters within nursing and health care from the cancer patient`s perspective. *Cancer Nursing*, 20(2): 120-128.
- Hartman, R. L. (1998). Revisiting the call to care: an ethical perspective. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 4(2): 14-18.
- Henry, D.M.M. (1975). Nurse behaviors perceived by patients as indicators of caring. Catholic University. Washington.
- Hilt, V. W. (1993). How we make our mark on the world...nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 23(4): 45.
- Hinds, P. S. (1988). The relationship of nurses caring behaviors with hopefulness and health care outcomes in adolescents. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2(1): 21-29.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. (2005). Uuri ja kirjuta. Tallinn: Kirjastus AS Medicina.

Husted, G. L., Husted, J. H. (2007). The Ethical Experience of Caring for Vulnerable Populations: The Symphonological Approach. In: De Chesnay, M., Anderson, B. A. Caring for the vulnerable: perspectives in nursing theory, practice and research. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Hupsey, J. E. (2000). Feeling Safe: The Psychosocial Needs of ICU Patients. *Journal on Nursing Scholarship*, 32(4): 361-367.

Inglise-eesti sõnaraamat. [www.eki.ee](http://www.eki.ee) (19.12.2013).

Irurita, V. (1999). Factors affecting the quality of nursing care: The patient perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 5(2): 86-94.

Janvest, Mare (2010). Patsiendi-/kliendikesksus täiskasvanute intensiivravis-patsientide lähedaste vajadused. Tartu Ülikool, õendusteaduse osakond. Tartu. Magistritöö. [http://www.oendusteadus.ut.ee/sites/default/files/ode/marejanvest\\_magistritf6f6\\_2010.pdf](http://www.oendusteadus.ut.ee/sites/default/files/ode/marejanvest_magistritf6f6_2010.pdf) (17.01.2014).

Keane, S.M., Chastain, B., Rudisill, K. (1987). Caring nurse-patient perceptions. *Rehabilitation Nursing*, 12(4): 182-184.

Kearns, B. (1999). Correspondence from abroad: pain in full. *American Journal of Nursing*, 99: 71.

Kelly, L.S. (1988). The ethic of caring has it been discarded? *Nursing Outlook*, 36(1): 17.

Komorita, N.I., Doehring, K.M., Hirschert, P.W. (1991). Perceptions of caring by nurse educators. *Journal of Nursing Education*, 30(1): 23-29.

Kurtz, R.J., Wang, J. (1991). The caring ethic more than kindness the care of nursing science. *Nursing Forum*, 26(1): 4-8.

Kyle, T. V. (1995). The concept of caring: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 21: 506-514.

Langemets, M., Tiits, M., Valdre, T., Veskis, L., Viks, Ü., Voll, P. (2009). Eesti keele seletav sõnaraamat. AS Pakett. Tallinn.

- Larson, P.J. (1984). Cancer nurses perceptions of caring. *Cancer Nursing*, 9(2): 86-91.
- Leadbeater, T. (1995). Death-understood through Swanson's theory of caring. *Journal of Nursing Education*, 10: 35-38.
- Lea, A., Watson, R. (1996). Caring research and concepts: a selected review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 5: 71-77.
- Leininger, M. (1981). The phenomenon of caring importance, research questions and theoretical considerations In *Caring, an Essential Human Need*. Wayne State University Press, Detroit, 3-15.
- Leininger, M. (1984). Caring is nursing: Understanding the meaning, importance and issues. In *Care: The Essence of Nursing and Health*. SLACK, Thorofare 45-59.
- Leininger, M. (1988). Leininger's Theory of Nursing: cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1: 152-160.
- Leininger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality: A Theory of Nursing*. National League of Nursing Press. New York.
- Liu, J., Mok, E., Wong, T. (2005). Caring in nursing: investigating the meaning of caring from the perspective of cancer patients in beijing, China. *Journal of Clinical Nursing*, 15: 188-196.
- Lucke, K. T. (1997). Knowledge acquisition and decision-making: spinal cord injured individuals perceptions of caring during rehabilitation. *SCI Nursing*, 14: 87-95.
- Lucke, K. T. (1999). Outcomes of nurse caring as perceived by individuals with spinal cord injury during rehabilitation. *Rehabilitation Nursing*, 24: 247-253.
- Mayer, D.K. (1987). Oncology nurses versus cancer patients perceptions of nurse caring behaviors a replication study. *Oncology Nursing Forum*, 14(3): 48-52.
- Mallory, M. A. (1988). Sharing Lloyd's pain: a sister's story. *Journal of Clinical Nursing*, 18(5): 62-63.

McCance T. V., McKenna, H. P., Boore, J. R. P. (1997). Caring: dealing with a difficult concept. *International Journal of Nursing Studies*, 34: 241-248.

McCance T. V. (2003). Caring in nursing practice: the development of a conceptual framework. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 17: 101-116.

McCance T. V., Slater, P., McCormack, B. (2008). Using the caring dimensions inventory as an indicator of person-centred Nursing. *Journal of Clinical Nursing*, 18: 409-417.

McFarlane, J.K. (1976). A charter for caring. *Journal of Advanced Nursing*, 1(1): 187-196.

McNamara, S. (1995). Perioperative nurses' perceptions of caring practices. *AORN Journal*, 61: 377-388.

McKenna, G. (1993). Caring is the essence of nursing practice. *British Journal of Nursing*, 2(1): 72-76.

Meleis, A. I. (1997). Directions for nursing theory development in the 21st century. *Journal of Clinical Nursing*, 5: 112-117.

Morse, J.M., Field, P. A. (1996). Nursing Research. The Application of Qualitative Approaches. Chapman & Hall, London.

Morse, J. M. (2000). Determining Sample Size. *Qualitative Health Research*, 10(1): 3-5.

Morrison, P. (1991). The caring attitude in nursing practice a repertory grid study of trained nurses perceptions. *Nurse Education Today*, 11(1): 3-12.

Montgomery, C. L. (1992). The spiritual connection: nurses' perceptions of the experience of caring. National League for Nursing, New York, 39-52.

Mägi, R. (2006). Eesti-inglise sõnaraamat. TEA Kirjastus. Tallinn.

Noddings, N. (1984). Caring: A feminine approach to ethics and moral education. Berkeley: University of California Press.

O'Connell, M. (2001). Establishing a mutual reality. *Journal Psychosoc Nurs*, 39: 46-50.

Paavel Raigi (2008). Füüsiline puudutus eakate patsientide õenduasabis. Tartu Ülikool, õendusteaduse osakond. Tartu. Magistritöö.

[http://www.oendusteadus.ut.ee/sites/default/files/ode/raigipaavel\\_2008.pdf](http://www.oendusteadus.ut.ee/sites/default/files/ode/raigipaavel_2008.pdf) (19.12.2013).

Paternoster, J. (1988). How patients know that nurses care about them. *Journal of the New York State Nurses Association*, 19(4): 17-21.

Pryds-Jensen, K., Back-Pettersson, S. R. Segesten, K. M. (1993). The caring moment and the green-thumb phenomenon among Swedish nurses. *Nursing Science Quarterly*, 6(2): 98-104.

Ray, M.A. (1987). A philosophical analysis of caring within nursing In *Caring, an Essential Human Need*. Wayne State University Press, Detroit, pp 25-36.

Riemen, D. (1986). The essential structure of a caring interaction: Doing phenomenology. *Nursing research: A qualitative perspective*, 85-108.

Roach, S. (1984). *Caring: The Human Mode of Being*. University of Toronto. Toronto.

Sherwood, G. (1993). A qualitative analysis of patient responses to caring: a moral and economic imperative. National League for Nursing, New York, 243-255.

Skott, C., Eriksson, A. (2005). Clinical caring the diary of a nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 14: 916-921.

Smith, M. (1999). Caring and the science of unitary human beings. *Advances in Nursing Science*, 21: 12-28.

Swanson, K. M. (1991). Empirical Development Of a Middle Range Theory of Caring. *Nursing Res*, 40(3): 161-166.

Swanson, K. M. (1993). Nursing as informed caring for the well-being of others. *Image: The Journal o Nursing Scholarship*, 25(4): 352-357.

Swanson, K. M. (1999). Effects of caring, measurement and time on miscarriage impact and womens well-being. *Nursing Research*, 48(6): 288-298.

Tong, A., Sainsbury, P., Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. <http://intqhc.oxfordjournals.org/content/19/6/349.long> (11.10.2013).

Turkel, M. C. (2001). Struggling to find a balance: the paradox between caring and economics. *Nursing Administration Quarterly*, 26: 67-82.

Watson, J. (1979). The philosophy and science of caring. Boston: Little, Brown and Company.

Watson, J. (1985). Nursing: Human Science and Human Care – A Theory of Nursing. National League of Nursing Press. New York.

Watson, J. (1988). Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing. National League for Nursing, New York.

Weaver, K., Morse, J., Mitcham, C. (2008). Ethical sensitivity in professional practice: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 62(5): 607-618.

WHO. Institutional accreditation as an instrument of continuous quality improvement. [http://www.euro.who.int/RHN/Projects/20040513\\_5](http://www.euro.who.int/RHN/Projects/20040513_5) (11.10.2013).

Wing, D. M. (1999). International perspectives. The aesthetics of caring: Where folk healers and nurse theorists converge. *Journal of Nursing Science Quarterly*, 12(3): 256-262.

Wiman, E., Wikblad, K. (2004). Response. *Journal of Advanced Nursing*, 13(4): 422-429.

Wu, Y., Larrabee, J. H., Putman, H. P. (2006). Caring behaviors inventory: a reduction of the 42-item instrument. *Nursing Research*, 55: 18-25.

Õendusala arengukava 2002-2015. Eesti tervishoiuprojekt. Sotsiaalministeerium.

Quinn, B. (2003). Exploring nurses experiences of supporting a cancer patient in their search for meaning. *European Journal of Oncology Nursing*, 7(3): 164-171.

## **LISAD**

**Lisa 1.** Poolstruktureeritud intervjuu teemad

**Lisa 2.** TÕ Inimuuringute eetika komitee nõusolek uurimistööks

**Lisa 3.** Üleskutse uuritavatele

**Lisa 4.** Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku vorm

**Õe hooliva suhtumise olemus**

- Mis Teil tuleb esimesena meelde, kui ma ütlen sõna „hoolima“ ja „hooliv“?
- Millega on tegemist, kui räägime hoolivusest ja õe hoolivast suhtumisest haiglas?
- Mida mõistate Teie õe hooliva suhtumise olemuse all?

**Õe hooliva suhtumise tunnused**

- Milles Teie arvates väljendub õepoolne hoolivus?
- Missugused õe tegevused Teie arvates väljendavad hoolivust ja hoolivat suhtumist patsienti?
- Kirjeldage hooliva suhtumise tunnuseid õe töös?
- Kirjeldage õe tegevusi, mil te tundsite, et õde hoolib teist?

**Õe hooliva suhtumise mõju patsiendi tervisele**

- Kuidas on õe hoolivus ja tervis omavahel seotud?
- Kuidas Te tundsite ennast, kui tajusite õe hoolivat suhtumist?
- Kirjeldage, kuidas õe hooliv suhtumine mõjutas Teie tervist?
- Kirjeldage, kuidas te ennast tundsite? Tooge näiteid?
- Kirjeldage, kuidas Te tunnetasite, et õde hoolib teist ja teie tervisest?

Vestluse käigus suunatakse uuritavat minema teemasse rohkem sisse järgmiste abistavate suunamiste kaudu: palun täpsustage, palun tooge näide, kuidas see täpsemalt oli, mida veel oskate lisada, kuidas te sellest aru saite, mida see teile tähendas jne.

Intervjuu lõpus antakse uuritavale võimalus veel omalt poolt midagi hoolivuse arusaamise kohta lisada ja tänatakse uuritavat intervjuu eest.



## Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee

Research Ethics Committee of the University of Tartu (UT REC)

Protokolli number: 225/T-3

koosolek: 22.04.2013

**Vastutav uurija (asutus):**

Jane Talvik (Tartu Ülikool, arstiteaduskond, õendusteaduse osakond, Nooruse 9-314, 50411 Tartu)

**Uurimistöö nimetus:**

Aktiivravil viibinud täiskasvanud patsientide arusaam hoolivusest

**Komitee koosseis:**

Nimi	Asutus, amet	Osalemine otsuse tegemisel
Aime Keis (esimees)	TÜ arstiteaduskond, lektor	+
Arvo Tikk (aseesimees)	TÜ arstiteaduskond, emeriitprofessor	+
Ruth Kalda	TÜ arstiteaduskond, professor	+
Vahur Ööpik	TÜ kehakultuuriteaduskond, professor	+
Vallo Olle	TÜ kehakultuuriteaduskond, professor	+
Oivi Uibo	TÜ arstiteaduskond, dotsent	+
Mare Remm	Tartu Tervishoiu Kõrgkool, õppejõud-dotsent	+
Anu Masso	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, vanemteadur	+
Maire Peters	TÜ arstiteaduskond, vanemteadur	+
Küllli Jaako	TÜ arstiteaduskond, vanemteadur, vanemassistent	+
Kaia Kastepõld-Tõrs	TÜ sotsiaal- ja haridusteaduskond, lektor	+
Naatan Haamer	TÜK naistekliinik, hingehoidja	+
Kristi Lõuk	TÜ filosoofiateaduskond, projektijuht	+

**Komiteele läbivaatamiseks esitatud dokumendid:**

1. Uurimistöö avaldus kooskõlastuse saamiseks Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komiteelt, täiendatud 05.05.2013
2. Üleskutse uuritavatele
3. Uuritava informeerimise ja teadliku nõusoleku leht, täiendatud 05.05.2013
4. Intervjuu teemad/küsimustik, täiendatud 05.05.2013
5. Kasutatud kirjanduse loetelu
6. Vastutava uurija CV (J.Talvik) ja juhendajate (K.Solom, E.Uibu) CV-d

**Komitee otsus:** Luba antud uurimistööks.

**Uuringu lõpp:** 31.12.2013

Komitee esimees: Aime Keis

Komitee vastutav sekretär: Eveli Kadarik

**Väljastatud:** 08.05.2013

Tartu Ülikool  
Teadus-ja arendusosakond  
Lossi 3  
51003, Tartu, Eesti

tel: (+372) 7 375 514

**Lugupeetud uurimistöös osaleja**

Olen Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse osakonna magistrant Jane Talvik ja kutsun Teid osalema uurimistöös, mis käsitleb aktiivravil viibinud täiskasvanud patsientide arusaama õdede hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele.

Olen planeerinud oma magistritöö jaoks intervjuuerida kuni 20 täiskasvanud patsienti, kes on viibinud haiglas aktiivravil perioodil 01.-31.03.2013 ning uuritav on võimeline uuritavat nähtust kirjeldama eesti keeles. Intervjuu käigus vestlen Teiega õepoolse hoolimise ja hooliva suhtumise tähenduse üle. Suurema hulga informatsiooni kogumine hoolivuse kohta võimaldab õdedel paremini mõista patsientide ootusi hooliva suhtumise väljendamisele. See omakorda võimaldab ka õdedel mõtiskleda rohkem selle üle, kuidas väljendada oma hoolivat suhtumist nii, et patsient seda tõesti ka tajuks.

Palun andke mulle teada, kas soovite uurimistöös osaleda. Lepime koos kokku Teile sobiva aja ja koha, millal intervjuud läbi viia. Orienteeruv intervjuu kestus on ligikaudu 1,5 tundi. Intervjuus küsin Teie käest küsimusi, mis on seotud õepoolse hoolimise ja hoolivusega. Lindistan intervjuu ega avalda selle sisu kõrvalistele isikutele. Kajastan intervjuudest saadud informatsiooni üldistatult ja nimesid avalikustamata. Uurimustöö lõppedes kustutan intervjuu teksti lintidelt, et see ei satuks võõrastesse kätte. Vajadusel võtan Teiega pärast intervjuu läbiviimist ühendust, sooviga küsida Teie arvamust ja hinnangut uurimistulemuste kohta. Osalemine on vabatahtlik, võite sellest keelduda või paluda enne nõustumist lisaselgitusi. Teil on alati õigus esitada küsimusi, võtta tagasi oma nõusolek ja katkestada osalemine selles uuringus. Uuriija on uurimistööks saanud loa Tartu Ülikooli Inimuuringute Eetika Komiteelt.

Oma uurimistöös osalemise soovist teatage palun:

- ✧ e-maili aadressil [jane.talvik@valgahaiгла.ee](mailto:jane.talvik@valgahaiгла.ee)
- ✧ telefonil 55572766 või 76 42180
- ✧ kirja teel (margistatud ümbriku saate pereõelt)

Lugupidamisega

Jane Talvik,

Tartu Ülikooli arstiteaduskonna õendusteaduse osakonna magistrant

/Jane Talvik/

Lugupeetud uurimistöös osaleja

Kutsun Teid osalema uurimistöös „*Aktiivravil viibinud täiskasvanud patsientide arusaam õdede hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele*“.

### **Informatsioon uuritavale**

Uurimistöö eesmärk on kirjeldada patsientide arusaama õepoolsest hoolivast suhtumisest ja selle mõjust patsiendi tervisele. Läbiviidava intervjuu käigus selgitatakse välja uuritava arusaam hoolimise ja hooliva suhtumise tähendusest patsiendi enda jaoks, toetudes uuritava aktiivravil viibimise kogemusele. Uurimistöö tulemused annavad teavet sellest, kuidas patsiendid mõistavad õdede hoolivat suhtumist ja selle mõju tervisele. Saadud informatsioon võimaldaks osutada patsientide ootustele vastavat õendusabi. Seetõttu on iga uuritava panus uurimistöösse väga väärtuslik. Uurimistöös osalemine on vabatahtlik. Uurimistöö käigus viiakse uuritavatega läbi 1-2 intervjuud. Ühe intervjuu kestus on keskmiselt 1,5 tundi (1,5-2,5 tundi). Intervjuude toimumise täpne aeg ja koht lepitakse kokku iga uuritavaga personaalselt. Intervjuud lindistatakse, kirjutatakse ümber ja seejärel analüüsitakse. Uurimistöö tulemused avaldatakse üldistatud kujul ja tsiteeritud näidetega intervjuudest. Uuritavatele tagatakse anonüümsus ja konfidentsiaalsus. Uuritavate nimed on teada vaid magistritöö autorile ning neid ei avalikustata.

Olen nõus andma intervjuud ja luban meie vestlused lindistada. Olen teadlik, et lõike minu intervjuust kasutatakse uurimistöös. Olen teadlik, et uurimistöö tulemused avaldatakse, kuid mulle on lubatud, et minu nime ei avalikustata. Tean, et uurimuses osalemine on vabatahtlik ja et mul on õigus võtta tagasi oma nõusolek ning katkestada uurimuses osalemine, kui selleks peaks vajadus või soov tekkima. Tean, et vajadusel on mul võimalus esitada küsimusi.

Mind, ....., on informeeritud ülalmainitud uurimusest ja ma kinnitan oma nõusolekut selles osalemiseks allkirjaga. ....

/uuritava allkiri, kuupäev, kuu, aasta/

Minu (uuritava) kontaktandmed:.....

Jane Talvik,

õendusteaduse magistrant

.....  
/vastutava uurija allkiri, kuupäev, kuu, aasta/

Tartu Ülikool, arstiteaduskond, õendusteaduse osakond

Aadress: Nooruse 9, Tartu 50411

Telefon: 55572766 või 76 42180

E-post: [jane.talvik@valgahaigla.ee](mailto:jane.talvik@valgahaigla.ee)